

Ricognizione in materia di gestione associata dei servizi sociali

**nell'ambito della preparazione delle attività relative all'attuazione delle
Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti
Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni,
ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 161**

Sommario

1.	Introduzione.....	4
2.	Nota metodologica	5
	Parte prima: Panoramica nazionale	6
1.	Il quadro normativo	7
1.1	Quadro evolutivo della normativa regionale in materia di servizi sociali	7
1.2	Esercizio associato dei servizi sociali: obblighi e forme associative previste	9
1.3	Forme di incentivazione alla gestione associata	11
1.4	Denominazione degli ATS.....	17
1.5	Coincidenze territoriali.....	18
2.	Assetti di governance istituzionale	21
2.1.	Governance regionale.....	21
2.2.	Governance territoriale.....	23
3.	La pianificazione sociale.....	26
3.1.	Il livello regionale della pianificazione.....	26
3.2.	Il livello territoriale della pianificazione.....	27
4.	L'esercizio della gestione associata dei servizi sociali in Italia.....	29
5.	Il personale occupato nei servizi sociali in Italia.....	34
5.1.	LEPS Assistenti sociali.....	34
5.2.	Andamento delle assunzioni degli assistenti sociali a tempo indeterminato.....	37
5.3.	Le figure professionali dei servizi sociali	39
5.4.	Il personale amministrativo a supporto del Servizio Sociale Professionale.....	43
	Parte seconda: Report regionali	44
	Abruzzo.....	45
	Basilicata	49
	Calabria	52
	Campania	58
	Emilia-Romagna.....	63

Friuli Venezia Giulia	68
Lazio	72
Liguria	75
Lombardia.....	79
Marche	83
Molise	87
Piemonte	91
Puglia	95
Sardegna.....	100
Sicilia	104
Toscana.....	109
Trentino Alto Adige	113
Provincia Autonoma di Bolzano.....	113
Provincia Autonoma di Trento.....	117
Umbria	122
Valle d'Aosta.....	126
Veneto.....	131
Parte terza: fonti e riferimenti bibliografici	137
Riferimenti bibliografici	138
Fonti informative	140

1. Introduzione

Fin dall'approvazione della legge 328/2000 il tema della gestione associata ha assunto particolare rilievo nella definizione degli assetti giuridici e organizzativi territoriali, tesi a garantire l'effettivo esercizio delle funzioni fondamentali dei comuni nel settore delle politiche e dei servizi sociali. Dopo la riforma costituzionale del 2001 gran parte delle Regioni hanno legiferato in materia, nel perimetro delle competenze esclusive previste dalla riforma, implementando modelli significativamente differenti che sono andati consolidandosi nel primo ventennio successivo alla legge-quadro. È la fase del cosiddetto regionalismo delle politiche sociali del nostro Paese, che è durata indicativamente fino al 2017 quando, con l'approvazione del D.lgs. 147/2017, si è avviata la definizione dei primi livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), con l'individuazione degli interventi, dei servizi, delle attività e delle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale.

Più di recente, con l'approvazione della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022) il Parlamento ha provveduto (art. 1, comma 160) ad individuare gli ambiti territoriali sociali (ATS) quale dimensione territoriale e organizzativa necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS, nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, concorrendo al contempo alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. Il comma 161 della stessa legge prevede la definizione di specifiche *linee guida*, adottate mediante apposita intesa in sede di Conferenza Unificata, su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, con l'obiettivo di garantire l'omogeneità del modello organizzativo degli ambiti territoriali sociali per l'attuazione dei LEPS.

Anche il *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*² ha indicato l'obiettivo di rafforzare la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito *"laddove ancora troppo spesso emergono casi a livello territoriale di gestione eccessivamente frammentata fra comuni anche piccoli o modelli organizzativi che vedono i diversi servizi sociali organizzati in modo disomogeneo all'interno dello stesso territorio"*. Lo stesso obiettivo è ribadito dal *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026*³, di recente approvazione, che tra le priorità⁴ individua la promozione e il sostegno di iniziative che favoriscano *"l'adozione, da parte dei Comuni, di forme stabili e strutturate di gestione associata dei servizi sociali, con*

¹ Legge costituzionale 3/2001.

² Decreto interministeriale 22 ottobre 2021 *"Adozione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023"*.

³ Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 è stato approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 28 novembre 2024 ed è in corso di pubblicazione il relativo decreto, alla data di stesura del presente report.

⁴ Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026: PT4. Rafforzamento della gestione associata e della infrastruttura organizzativa degli ATS per l'attuazione dei LEPS.

particolare riferimento ai Consorzi di cui all'articolo 31 del TUEL, favorendo il superamento della frammentazione, la razionalizzazione della spesa e il conseguimento di una maggiore efficienza dei servizi, al fine di semplificare le linee operative interne all'organizzazione degli ATS."

È in questo contesto, nelle more dell'adozione delle citate *linee guida*, che il Comitato tecnico *della Rete della protezione e dell'inclusione sociale*⁵ ha condiviso la necessità di realizzare - con il coordinamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la collaborazione di Banca Mondiale - una ricognizione in materia di gestione associata dei servizi sociali, finalizzata a evidenziare i modelli organizzativi adottati dalle Regioni e dagli ATS per programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS. Su mandato ministeriale, il lavoro è stato realizzato dal team di Banca Mondiale, con la collaborazione dei funzionari e dei dirigenti delle Regioni responsabili della programmazione sociale, che hanno accettato di rispondere ad uno specifico questionario, elaborato sulla base di contenuti e indicazioni condivise dallo stesso Comitato tecnico, con la partecipazione di ANCI. Le informazioni raccolte sono state integrate da un'analisi documentale del cospicuo repertorio normativo e amministrativo regionale relativo alle politiche e ai servizi sociali, da elaborazioni dei dati del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS) e da qualche riferimento alla letteratura scientifica in materia. Si tratta di un lavoro che si propone di delineare lo stato attuale della gestione associata in Italia, fornendo al contempo una *baseline* utile a future attività di monitoraggio e valutazione sull'implementazione delle stesse *linee guida*.

2. Nota metodologica

Il report presenta una ricognizione, aggiornata al 31 dicembre 2024, relativa alla gestione associata dei servizi sociali in Italia, effettuata dal team della Banca Mondiale su richiesta del sottogruppo tecnico della Rete per la protezione e l'inclusione sociale presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Per la realizzazione della ricerca sono stati utilizzati diverse metodologie di lavoro, combinate tra loro:

- un'analisi e la relativa elaborazione dei dati del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS), aggiornati al 31 dicembre 2024, relativi alle informazioni fornite dagli Ambiti territoriali;
- un'analisi documentale della normativa e degli atti di programmazione regionali in materia di servizi sociali, con particolare riferimento ai modelli organizzativi adottati per la gestione associata dei servizi e alle forme di sostegno, rafforzamento e incentivazione della stessa;
- la realizzazione di interviste semi-strutturate a Dirigenti/Funzionari delle Regioni, titolari degli Uffici cui è affidata la responsabilità della programmazione sociale regionale;
- l'analisi della rassegna bibliografica (indicata in appendice al presente report).

⁵ La Rete della protezione e dell'inclusione sociale, prevista dall'art. 21 del D.lgs. 147/2017, è istituita presso il MLPS, quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000.

Parte prima: Panoramica nazionale

1. Il quadro normativo

1.1 Quadro evolutivo della normativa regionale in materia di servizi sociali

La ricognizione dei modelli organizzativi degli ATS per l'attuazione dei LEPS ha preso avvio dalla ricostruzione del quadro evolutivo della normativa regionale in materia di servizi sociali. La disamina delle leggi delle Regioni e delle due Province Autonome ha permesso di rilevare le seguenti disposizioni sulla gestione associata:

- i) la previsione dell'obbligo per i Comuni dell'esercizio associato dei servizi sociali (trattata nel secondo paragrafo);
- ii) le indicazioni fornite sulle forme preferenziali di gestione associata (trattata nel secondo paragrafo);
- iii) l'eventuale incentivazione all'esercizio associato della funzione (trattata nel terzo paragrafo);
- iv) l'individuazione e la denominazione degli ambiti territoriali (trattata nel quarto paragrafo);
- v) la richiesta della coincidenza territoriale con i comparti sanitari e del mercato del lavoro (trattata nel quinto paragrafo).

La ricostruzione del quadro evolutivo della normativa regionale è stata effettuata individuando nella legge 328/2000 il punto di svolta del sistema di welfare italiano⁶. In questa norma infatti sono stati definiti diversi aspetti rilevanti ai fini della presente ricognizione, e precisamente:

- l'adozione del metodo della programmazione degli interventi e delle risorse (art. 3), prevedendo un'articolazione dei Piani triennali che dal livello nazionale⁷ (art. 18 c) a cascata richiede quelli regionali (art. 18 c.6) e quelli locali dei piani di zona (art. 19);
- l'individuazione e la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (art. 22);
- la determinazione degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete (art. 8);
- la necessità che le Regioni prevedano incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni

⁶ Andrebbe richiamata in questo contesto anche la Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" nella quale all'art. 2 si prevedeva l'affidamento alle Regioni, nell'ambito della programmazione regionale, del compito di definire gli Ambiti Territoriali di intervento e di procedere al riparto economico delle risorse al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia degli interventi e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti. Prevedeva altresì che mediante accordi di programma definiti ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, venissero approvati piani territoriali di intervento.

⁷ Il primo "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003" è stato approvato con Decreto del Presidente della Repubblica il 3 maggio 2001 e pubblicato sul Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 181 del 6 agosto 2001 - Serie generale.

sociali in ambiti territoriali (art. 8);

- la definizione, sempre da parte delle Regioni, della coincidenza (di norma) degli ambiti territoriali con i distretti sanitari (art. 8).

L'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale 3/2001), che attribuisce alle Regioni la competenza esclusiva in materia di servizi sociali, ha di fatto attenuato la potenzialità trasformativa insita nella 328/2000, depotenziano la sua capacità di promuovere una maggior uniformità tra le situazioni territoriali e favorendo assetti regionali piuttosto differenziati. La ripresa del tentativo di uniformare il sistema può essere ricondotta ad alcune iniziative normative successive riguardanti: la scelta di rendere strutturale il finanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali e del Fondo per le non autosufficienze, nonché quella di dotarsi di un Programma operativo nazionale per l'inclusione sociale 2014-2020⁸; l'approvazione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale⁹ e in particolare l'emanazione del D.Lgs. 147/ 2017 e le successive disposizioni sui LEPS.

Osservando lo sviluppo cronologico delle leggi regionali/provinciali in materia di servizi sociali (Tab.1.1)¹⁰, si possono rilevare tre fasi. La **prima** è quella che precede la legge nazionale 328/2000. Le Regioni e le due Province Autonome avevano legiferato negli ultimi due decenni del secolo riconfigurando le politiche sociali anche a seguito della riforma del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/1978). In alcuni casi, come quello del Friuli Venezia Giulia (33/1988) e anche della Campania (65/1980), la normativa già prevedeva o riconosceva la forma associata dei servizi sociali. Abruzzo, Sicilia e la Provincia Autonoma di Bolzano da allora non hanno ritenuto più necessario legiferare in materia. La **seconda** stagione emerge a distanza di qualche anno dalla pubblicazione della legge nazionale 328/2000, si protrae per un quinquennio (2003-2008) e coinvolge la maggior parte delle Regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana e la Provincia Autonoma di Trento). In questo breve arco di tempo c'è anche una Regione (Puglia) che emana due leggi sui servizi sociali. Una **terza** fase si evince nel quadriennio 2013-2016 e coinvolge 7 Regioni. Nei casi di Emilia-Romagna e Toscana si tratta di una produzione normativa a sostituzione di leggi pubblicate nella fase precedente, in altri (Lazio, Marche, Molise, Umbria, Valle D'Aosta¹¹) sono le produzioni normative di

⁸ Cfr. R. Tangorra, Il welfare locale in Italia: nella morsa tra deficit storici e mancanza di disegno futuro, In RIVISTA DELLE POLITICHE SOCIALI / ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICIES, n°1/2015; pp. 29-43.

⁹ Il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale è stato istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali con la Legge di Stabilità 2016 - Legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1 c. 386.

¹⁰ Si precisa che la ricostruzione cronologica delle leggi regionali sui servizi sociali contempla solo quelle di impianto generale, non quelle settoriali dedicate ad aspetti specifici degli interventi e servizi sociali, quali gli anziani, la disabilità, ecc.

¹¹ La legge regionale 6/2014 della Regione Autonoma Valle D'Aosta recante "Nuova disciplina dell'esercizio associato di funzioni e servizi comunali e soppressione delle Comunità montane" non è una legge sui servizi sociali in quanto disciplina, in modo più in generale, l'esercizio associato di diverse funzioni. Nondimeno si è pensato di includerla in quanto all'articolo 6, comma 1 si dispone: "I Comuni esercitano in forma associata, per il tramite dell'Amministrazione regionale, le funzioni e i servizi comunali relativi ai seguenti ambiti di attività o ai seguenti organismi: [...] e bis) Piano di zona e sportello sociale, ai sensi dell'art. 19 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)".

Regioni che non si erano ancora avventurate al riordino dei servizi sociali dopo la 328/2000. Sfugge a queste due fasi post-328 la Regione del Veneto che, nella primavera del 2024, a distanza di 42 anni dalla LR 55/1982, coglie la necessità di legiferare sull'assetto istituzionale e organizzativo degli ATS, frutto indubbiamente dei cambiamenti occorsi a seguito del D.lgs. 147/2017 e delle successive misure di contrasto alla povertà e della definizione dei LEPS.

Tab.1.1: quadro evolutivo delle leggi regionali in materia di servizi sociali prima e dopo la 328/00

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	Ante 328/00	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ABRUZZO	LR 22/1998																								
BASILICATA	LR 25/1997							LR 4/2007																	
BOLZANO (P.A.)	LP 13/1991																								
CALABRIA	LR 5/1987			LR 23/2003																					
CAMPANIA	LR 65/1980							LR 11/2007																	
EMILIA-ROMAGNA	LR 2/1985			LR 2/2003										LR 12/2013		LR 14/2015	LR 11/2016								
FRIULI VENEZIA GIULIA	LR 33/1988						LR 6/2006																		
LAZIO	LR 38/1996																LR 11/2016								
LIGURIA	LR 30/1998						LR 12/2006																		
LOMBARDIA	LR 1/1986								LR 3/2008																
MARCHE	LR 43/1988															LR 32/2014									
MOLISE	LR 1/2000															LR 13/2014									
PIEMONTE	LR 62/1995				LR 1/2004																				
PUGLIA				LR 17/2003				LR 19/2006																	
SARDEGNA	LR 4/1988				LR 23/2005																				
SICILIA	LR 22/1986																								
TOSCANA	LR 72/1997				LR 41/2005											LR 45/2014									
TRENTO (P.A.)	LP 14/1991							LP 13/2007																	
UMBRIA	LR 3/1997																LR 11/2015								
VALLE D'AOSTA	LR 5/2000	LR 18/2001														LR 6/2014									
VENETO	LR 55/1982																								LR 9/2024

Fonte: rielaborazioni e aggiornamenti dello schema di Marco Buralassi, IL WELFARE DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN ITALIA, FrancoAngeli, 2007; p.83

Nota: le informazioni contenute dopo la 328/00 sono relative a legge generali e vigenti in materia di servizi sociali e non contemplano novellature o leggi di settore. La LR 18/2001 della Valle d'Aosta riguarda l'Approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004.

1.2 Esercizio associato dei servizi sociali: obblighi e forme associative previste

L'intensa produzione legislativa regionale successiva all'approvazione della l. 328/2000 ha caratterizzato la stagione del *regionalismo* in materia di politiche sociali per gran parte dei primi quindici anni successivi alla riforma. Quasi tutte le Regioni (e le Province autonome) sono intervenute sulla materia, in buona parte ispirandosi alla legge quadro.

Per quel che maggiormente rileva in questa sede, possiamo osservare (Tab.1.2) che in materia di obbligo all'esercizio associato dei servizi sociali le norme regionali contengono indicazioni differenti. La maggioranza delle Regioni ha disciplinato in modo esplicito la gestione associata, utilizzando però un *drafting* normativo non sempre omogeneo e lineare, che a volte rende difficile l'interpretazione della effettiva prescrittività della norma. Altre Regioni, invece, sono intervenute sulla materia della gestione associata nell'ambito della più generale disciplina di riorganizzazione delle funzioni attribuite ai comuni,

su base sovracomunale, che trova - di riflesso - applicazione anche nell'ambito dei servizi sociali. Il risultato complessivo è quello di una sostanziale adesione al profilo della gestione associata, diffuso in tutto il Paese, conseguito però, come si vedrà meglio più avanti, con l'adozione di modelli giuridici e organizzativi significativamente differenti.

Su questo tema la previsione di cui al comma 160 dell'art. 1 della legge 234/2021, che individua negli ambiti territoriali sociali (ATS) la **sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS**, dovrebbe produrre effetti di stabilizzazione del sistema e sia sul piano istituzionale e amministrativo che su quello organizzativo.

Per quanto concerne la previsione di una forma associativa specifica, le norme regionali, nella gran parte dei casi, riservano la scelta all'autonomia dei comuni, rinviando alle previsioni del D.lgs. 267/2000 (TUEL) o, in modo più generico, alla legislazione vigente. Si distinguono sul punto le Regioni Abruzzo e Basilicata, che rispettivamente indicano quale forma di gestione associata per i servizi sociali l'azienda sociale e la convenzione, e le Province autonome di Bolzano e Trento, che indicano le comunità comprensoriali (unioni di comuni). Alcune Regioni individuano e specificano in norma dei modelli preferenziali: ad esempio, il Piemonte i consorzi, e il Veneto, con la recentissima legge regionale 9/2024, l'azienda speciale consortile. Altre, come vedremo più avanti, indicano strumenti di incentivazione per favorire l'utilizzo di specifiche forme, ritenute più efficaci di altre, per l'esercizio associato delle funzioni.

Va registrato sul punto che, proprio a partire dall'approvazione della legge 234/2021, molte Regioni hanno avviato un processo di accompagnamento alla individuazione del profilo giuridico più adeguato e alla revisione dei modelli organizzativi degli ATS, di cui si dà conto nella seconda parte di questo report, dedicato ai singoli profili regionali.

Tab.1.2. Previsione della gestione associata e forme preferenziali previste

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	Normativa sui servizi sociali	Obbligo di esercizio associato dei servizi sociali previsto dalla normativa	Forma associativa previste e/o preferenziali
ABRUZZO	LR n. 22/1998 Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale	SI	rinvio al TUEL
BASILICATA	LR n. 4/2007 Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale	SI	Convenzione
CALABRIA	LR n. 23/2003 Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria	SI	rinvio al TUEL
CAMPANIA	LR 11/2007 Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000. n. 328	SI	rinvio al TUEL
EMILIA-ROMAGNA	LR n. 2/2003 Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali	NO (1)	rinvio al TUEL (1)
FRIULI VENEZIA GIULIA	LR n. 6/2006 Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale	SI	rinvio al TUEL
LAZIO	LR n. 11/2016 Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio	SI	rinvio al TUEL
LIGURIA	LR n. 12/2006 Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari	SI	rinvio al TUEL
LOMBARDIA	Legge Regionale 3/2008 Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario	SI (2)	Nessuna indicazione specifica
MARCHE	LR n. 32/2014 Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia	NO	rinvio al TUEL
MOLISE	LR n. 13/2014 Riordino del sistema integrato regionale degli interventi sociali	SI	rinvio alla legislazione vigente
PIEMONTE	LR n. 1/2004 Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento	SI (3)	rinvio alla legislazione vigente (indicazione preferenziale per la forma consortile) (3)
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	LP n. 13/1991 Riordino dei Servizi sociali in Provincia di Bolzano	SI	Comunità comprensoriali (Unioni)
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	LP n. 13/2007 Politiche Sociali nella provincia di Trento	SI	Comunità (Unione di Comuni)
PUGLIA	LR n. 19/2006 Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia	NO	rinvio al TUEL
SARDEGNA	LR n. 23/2005 Sistema integrato dei servizi alla persona	SI	Nessuna indicazione specifica
SICILIA	LR n. 22/1986 Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia	NO	(4)
TOSCANA	LR n. 41/2005 Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.	SI	rinvio alla legislazione vigente (5)
UMBRIA	LR 11/2015 Testo Unico in materia di Sanità e Servizi Sociali	NO	Nessuna indicazione specifica
VALLE D'AOSTA	LR 6/2014 Nuova disciplina dell'esercizio associato di funzioni e servizi comunali e soppressione delle Comunità montane.	SI	
VENETO	LR n. 9/2024 Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali	SI	rinvio al TUEL nelle forme con personalità giuridica (indicazione preferenziale per Azienda Speciale Consortile e possibile Convenzione ex art. 30 per Comuni Capoluoghi)

(1) Sulla riorganizzazione delle funzioni amministrative intercomunali è intervenuta la LR 21/2012 che incentiva le Unioni dei Comuni.

(2) Si è inteso come obbligo la seguente formulazione della normativa: "La Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni".

(3) La LR indica 1/2004 indica una preferenza per la forma consortile. La LR 11/12, di riordino complessivo delle funzioni amministrative degli enti locali, prevede che i comuni obbligati all'esercizio associato in base alla normativa statale vigente svolgono le funzioni ed i servizi mediante unioni di comuni o convenzioni. Le funzioni ed i servizi in materia socio assistenziale possono essere gestite mediante consorzi tra comuni.

(4) La Regione Sicilia ha individuato con atto amministrativo (DGR 249/2021) la Convenzione quale forma preferenziale.

(5) La LR 40/2005 disciplina come forma associata dei servizi, con forte caratterizzazione sociosanitaria, la società della salute (consorzio). In assenza della società della salute la forma indicata è quella della convenzione.

1.3 Forme di incentivazione alla gestione associata

La legge 328/2000 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prevede, tra suoi principi fondamentali riportati all'art. 3, che il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità ed efficacia avvenga in "forma unitaria ed integrata". All'art. 8 la legge affida alle Regioni, tramite

forme di concertazione con gli enti locali interessati, non solo la determinazione di ambiti territoriali, di modalità e di strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi a rete, ma anche l'istituzione di **"incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali** in ambiti territoriali di norma coincidenti con distretti sanitari, destinando allo scopo una quota complessiva delle risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla legge". Il testo non arriva però a definire in dettaglio in cosa consista istituzionalmente l'esercizio associato delle funzioni sociali puntando l'attenzione sui Piani di Zona (art. 19) che dovevano essere adottati dai comuni associati negli ambiti territoriali attraverso una "accordo di programma" ai sensi dell'art 27 della legge 142/1990 e nel rispetto delle indicazioni del Piano Regionale (art. 18, c. 6) e del Piano Nazionale.

Un passo in avanti rispetto alla individuazione di forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ATS avviene sostanzialmente dal 2017 con il D.lgs. 147, istitutivo di una misura nazionale di contrasto alla povertà (Rel). La norma infatti dedica l'intero Capo IV al "Rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali". In particolare l'art. 23 elenca una serie di interventi funzionali al "Coordinamento dei servizi territoriali e alla gestione associata dei servizi sociali" affidando, tra le altre cose, alle Regioni e alle Province autonome il compito di individuare "specifiche forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale sulla base della legislazione vigente (comma 5) e "strumenti di rafforzamento della gestione associata ... **anche mediante la previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse**". Seguiranno ulteriori norme contenenti articoli specificamente rivolti non solo al rafforzamento degli ATS, ma anche alla omogeneizzazione, a livello di Paese, del modello organizzativo degli stessi in quanto "sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS "(L. 234/2021, comma 160).

L'utilizzo del **"meccanismo premiale nella distribuzione delle risorse"**, quale strumento individuato dalle Regioni e dalle Province autonome per il rafforzamento della gestione associata, sembra essere, almeno nella fase iniziale della riforma, caratterizzata da un impegno delle Regioni a dotarsi innanzitutto di una normativa specifica, oggetto di relativo interesse da parte delle stesse e, successivamente, laddove utilizzato, ciò è avvenuto in maniera estremamente diversificata. La diversità dei modelli organizzativi adottati e il differente ruolo assunto dalle Regioni (più o meno direttivo) in ordine al governo complessivo del sistema ha portato a differenti modalità, o a nessuna modalità, di sostegno al rafforzamento del sistema, come mostrato nella Tab.1.3.

Oltre la metà delle Regioni in questi anni "non ha mai utilizzato incentivi" o, se previsti dalle proprie norme, non sempre ha ritenuto opportuno attivarli. Le motivazioni della scelta di non procedere in tal senso sono varie: si passa da Regioni rimaste ancorate allo strumento della "convenzione" senza essersi poste l'obiettivo di un rafforzamento organizzativo degli ATS a Regioni che, pur consapevoli del ruolo di pilastro centrale per la governance e per l'erogazione dei servizi degli ATS, hanno preferito impegnarsi su

percorsi di accompagnamento limitandosi ad attività di monitoraggio; alcune Regioni infine hanno privilegiato intervenire sulla coincidenza degli Ambiti con il livello distrettuale sanitario considerando questo sufficiente come modalità di rafforzamento del sistema. Alcune Regioni hanno proceduto "indirettamente" attraverso atti adottati da altri servizi regionali (in particolare servizi o direzioni regionali preposti al governo complessivo degli Enti locali) finalizzati in linea generale a promuovere fusioni, unioni e convenzioni tra comuni per i quali venivano previsti incentivi; il ruolo dei servizi sociali regionali è stato, in questi casi, quello di orientare gli incentivi verso aggregazioni già esistenti quali appunto il sistema degli ambiti territoriali sociali. Altre Regioni ancora hanno proceduto direttamente al rafforzamento del sistema con lo specifico obiettivo di superare forme associative e/o di gestione quali la convenzione ex art. 30 a favore di forme istituzionali più forti quali Consorzi, Aziende consortili o Unione dei Comuni. Questo è avvenuto in un caso attraverso contributi straordinari trasferiti ai distretti sociosanitari per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi socioassistenziali nella fase di transizione al consorzio o in altri casi mettendo a disposizione dei Comuni capofila contributi per attivare studi di fattibilità finalizzati ad individuare la soluzione istituzionale migliore. In un caso si è invece provveduto a collegare l'incentivo non tanto a specifiche istituzioni giuridiche considerate preferibili, ma a specifici servizi quali ad es. l'Ufficio di Piano individuando indicatori di qualità sia in termini di personale che di funzioni.

La **varietà di situazioni** conferma da una parte il diritto all'autonomia regionale e comunale in ordine a scelte organizzative sul sistema locale e quindi al conseguente differente utilizzo di meccanismi premiali o relativi incentivi per il rafforzamento del sistema, e dall'altra ci impegna ad operare verso un omogeneo sviluppo degli ATS ai fini dell'esercizio delle funzioni di competenza degli enti territoriali. Questo però comporta una particolare attenzione da parte di tutte le Regioni verso strumenti di rafforzamento della gestione associata nel rispetto, ovviamente, delle specifiche modalità organizzative territoriali attraverso un confronto con le autonomie locali, ma anche nell'ambito di indicazioni nazionali finalizzate, come evidenziato in altre sezioni del documento, a garantire la realizzazione e la gestione degli interventi, dei servizi e delle attività utili al raggiungimento dei LEPS.

Tab. 1.3. Quadro dell'incentivazione regionale a sostegno della gestione associata degli ATS

Regione / Provincia Autonoma	Stato attuale della situazione in ordine agli incentivi regionali a sostegno della gestione associata degli ATS
Abruzzo	Nessuna indicazione in ordine a incentivi o meccanismi premiali per la gestione associata pur rappresentando gli ADS il pilastro centrale per la governance e per l'erogazione dei servizi
Basilicata	Indicazioni a carattere generale con accenno a incentivi mai però concretamente attuati.

Calabria	La Legge regionale n. 23/2003 prevede all'art. 11, c. 2., lett. b), incentivi a favore degli Enti locali che si associano, secondo le forme previste dalla normativa vigente, per l'espletamento dell'esercizio associato delle funzioni sociali negli ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari. A tal fine viene prevista nel Piano Sociale regionale una quota senza però entrare nel merito della quantità e tipologia delle risorse. Ad oggi il dispositivo di incentivazione non è stato attivato.
Campania	È prevista una premialità di natura finanziaria a favore degli Ambiti che costituiscono forme associative e/o di gestione diverse dalla convenzione ex art. 30. In particolare, è stata destinata una cifra complessiva di € 1.000.000 del FNPS per ogni annualità di programmazione dal 2021 al 2023; tali risorse vengono attribuite, per ciascuna annualità, in parti uguali agli Ambiti costituiti in consorzi che rispondono a determinati requisiti stabiliti annualmente. Nelle ultime annualità la premialità è stata riconosciuta solo agli ATS che rispettano il rapporto 1.6500 assistenti sociali (con contratto a tempo indeterminato) /popolazione.
Emilia-Romagna	La Regione incentiva, tramite i programmi di riordino territoriale (L.R. 21/2012), l'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in Ambito Distrettuale attraverso la forma dell'Unione dei Comuni. Con la DGR n. 941 del 27/05/2024, è stato approvato Il Programma di Riordino Territoriale (PRT) 2024- 2026, che incentiva la gestione associata di funzioni comunali per uno sviluppo territoriale finalizzato ad offrire servizi innovativi ed inclusivi ai cittadini. Detto Programma è stato elaborato mediante un approccio partecipato e prevede incentivi alle Unioni di comuni secondo i criteri e le modalità indicate, che configurano le Unioni secondo 4 gruppi in base al loro livello di sviluppo (costituite, avviate, in sviluppo, avanzate). Per l'annualità 2024 sono stanziati circa 9,7 Milioni di € di risorse regionali alle quali si aggiungono circa 9,2 Milioni di € di contributi statali regionalizzati e sarà possibile aggiungere eventuali risorse disponibili.
Friuli Venezia Giulia	La normativa regionale prevede che "l'esercizio associato delle funzioni e dei servizi (...) costituisce requisito per accedere agli incentivi regionali", nel senso che tutti i finanziamenti regionali (Fondo Sociale Regionale) sono trasferiti ai Servizi Sociali dei Comuni di ambito territoriale. Non esiste quindi un fondo specifico per incentivare il rafforzamento degli ATS
Lazio	La scelta di promuovere e incentivare la gestione in forma associata delle funzioni amministrative in materia di servizi sociali attraverso l'istituto del Consorzio ha avuto come seguito quello di assegnare un contributo straordinario ai distretti socio sanitari per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi socio assistenziali nella fase di transizione al consorzio sociale, fino ad esaurimento delle risorse disponibili (copertura nell'esercizio finanziario 2024 per euro 240.000,00; per il 2025 euro

	2.040.000,00).
Liguria	Non esistono forme di incentivazione previste dalle indicazioni regionali verso la costruzione della gestione associata negli ambiti territoriali. La Regione fornisce indicazioni generali come l'individuazione degli ambiti territoriali come luoghi ove Comuni limitrofi si associano, o Comuni di maggiori dimensioni si decentrano, per programmare e gestire in forma associata o decentrata l'organizzazione dei servizi sociali di base
Lombardia	La Regione non prevede forme di incentivazione della gestione associata anche se individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni. In termini di sistema si limita a promuovere genericamente la coincidenza con i Distretti Sociosanitari.
Marche	La Regione Marche non è intervenuta direttamente attraverso incentivi finalizzati a favorire la gestione associata dei servizi sociali da parte degli ATS, ma indirettamente attraverso atti adottati da altri servizi (enti locali) finalizzati in linea generale a promuovere fusioni, unioni e convenzioni tra comuni per i quali sono previsti incentivi.
Molise	Anche se la normativa regionale prevede la promozione la gestione associata dei servizi sociali anche attraverso forme di premialità previste nel Piano sociale regionale (art.32 legge 13), il PSR 2020-22 suggerisce ai Comuni di gestire i servizi attraverso la Convenzione data la conformazione territoriale e geografica regionale,
Piemonte	La Regione pur Individuando in norma gli ambiti territoriali dei distretti sanitari o di multipli degli stessi quali estensioni ottimali per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali indicando e suggerendo la forma consortile come quella più idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevedendo incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali, non risultano comunque attivate allo stato attuale forme di incentivazione nella scelta del modello di gestione associata.
Puglia	Sono state previste forme di incentivazione alla gestione associata e individuati anche alcuni indicatori. Il Piano regionale vigente (2022-2024) stanziava 150mila euro di risorse premiali agli ambiti che adottano un ufficio di piano (UdP) conforme alle indicazioni regionali (minimo tre unità a tempo pieno, una per ciascuna delle funzioni assegnate all'UdP: programmazione e progettazione, gestione tecnica e amministrativa, gestione contabile e finanziaria). L'ufficio di piano deve essere composto da almeno tre persone assegnate in pianta stabile al funzionamento dell'ufficio stesso, che assumano la responsabilità per ognuna delle funzioni ad esso attribuite.

Sardegna	Non sono previste forme di incentivazione in senso stretto, ma una quota del Fondo regionale per i servizi integrati alla persona è destinata alla gestione associata. L'art. 26 della l.r. 23/2005 prevede che una quota economica sia assegnata ai comuni, tenendo conto delle modalità di gestione unitaria associata prescelta; la stessa è erogata all'ente gestore da essi individuato. Lo stanziamento è suddiviso in due quote: una quota destinata alla gestione associata dei servizi; una quota destinata al funzionamento e organizzazione dell'ufficio di piano del PLUS. Il criterio di riparto è il seguente: 40% in parti uguali; il 60% suddiviso in base alla popolazione dell'ambito. Per l'ufficio di piano è stabilito un ulteriore criterio: se la popolazione è minore di 35.000 è garantito l'importo minimo € 61.000 se è maggiore di 35.000 è garantito l'importo minimo di € 76.000,00. La quota dell'ufficio di piano è stabilita in € 3.549.184,00.
Sicilia	Non sono previsti incentivi. La normativa prevede che i 55 ATS gestiscano i servizi sociali tramite il solo strumento della Convenzione
Toscana	La Regione Toscana ha promosso diverse forme di finanziamento e sostegno per incentivare la collaborazione tra comuni e altri enti locali
Trentino Alto Adige Provincia autonoma di Bolzano	Non sono previste forme di incentivazione alla gestione associata, considerato che la normativa provinciale non prevede l'obbligo della gestione associata in quanto afferma che "i comuni esercitano le funzioni proprie o delegate in forma singola, consorzata o mediante delega o subdelega alle comunità comprensoriali istituite ai sensi della legge provinciale 20 marzo 1991, n. 7".
Trentino Alto Adige Provincia autonoma di Trento	Pur riconoscendo il ruolo fondamentale dei Comuni nella progettazione e nell'attuazione delle politiche sociali, purché esercitato in forma associata mediante le comunità quali enti pubblici locali a struttura associativa costituiti obbligatoriamente dai comuni compresi in ciascun territorio la normativa provinciale non prevede forme di incentivazione alla gestione associata.
Umbria	La Regione Umbria non offre incentivi specifici o premi economici per la gestione associata, ma si limita a stabilire normative e linee guida per assicurare la coerenza e l'efficacia dei servizi erogati a livello territoriale. In sostanza, mentre la legge umbra favorisce l'integrazione e la collaborazione tra i Comuni nella gestione dei servizi sociali, il sistema di incentivi economici o di supporto finanziario per la gestione associata è assente, concentrandosi principalmente sulla definizione di strumenti normativi e di monitoraggio.

Valle d'Aosta	La Regione non prevede forme di incentivazione della gestione associata anche se individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza del Servizio sociale professionale. In termini di sistema si limita a promuovere genericamente la coincidenza multipla sia con i Distretti Sociosanitari che con i Centri per l'Impiego.
Veneto	Con il fine di sostenere il passaggio al nuovo assetto degli ATS, la normativa regionale affida alla Giunta regionale il compito di disciplinare le modalità di incentivazione delle forme di esercizio associato con una disponibilità complessiva pluriennale di 5,5 milioni di Euro. Una prima tranche di tale ammontare è stata assegnata con la DGR n° 1277 del 5 novembre 2024 che identifica anche i criteri e le modalità stesse di assegnazione dei contributi.

1.4 Denominazione degli ATS

Un ulteriore elemento che restituisce immediatamente la diffusa eterogeneità delle articolazioni territoriali delle politiche sociali nelle regioni italiane è la denominazione di quello che a livello nazionale viene chiamato **Ambito territoriale** (art. 8 c. 3 lettera a) della legge 328/2000). Mentre a livello nazionale l'istituzione dell'anagrafe degli ambiti territoriali (art. 3 del DM 103/2019) ha sancito per la prima volta un riconoscimento univoco di questa articolazione sovracomunale dei servizi sociali, costituendo base informativa di riferimento per il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali per le attività di competenza inclusa l'erogazione dei finanziamenti, a livello regionale si continua, per disposizioni normative regionali, ad utilizzare diverse denominazioni.

Come si può notare dalla Tab.1.4 è molto presente anche la dicitura *Ambito distrettuale o sociosanitario*, anche per evidenziare l'integrazione con il comparto sanitario. In Liguria gli Ambiti Territoriali sono un'articolazione dei più ampi Distretti sociosanitari. In Toscana e Umbria si impiega il termine zona (declinato in Zona-Distretto e Zona-Sociale), mentre in Friuli Venezia Giulia si utilizza Servizio sociale dei Comuni di Ambito e nelle Province Autonome compare il termine Comunità (Comprensoriale e di Valle).

Tab. 1.4. Denominazioni regionali degli ATS

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	DENOMINAZIONE DEGLI ATS
ABRUZZO	Ambito Distrettuale Sociale (ADS)
BASILICATA	Ambito Socio-Territoriale
BOLZANO (P.A.)	Comunità comprensoriale ripartita in Distretti Sociali
CALABRIA	Ambito Territoriale Ottimale
CAMPANIA	Ambito Territoriale
EMILIA-ROMAGNA	Ambito Distrettuale
FRIULI VENEZIA GIULIA	Servizio sociale dei Comuni (SSC) di Ambito territoriale
LAZIO	Distretto sociosanitario
LIGURIA	Distretto sociosanitario, articolato in Ambiti Territoriali Sociali
LOMBARDIA	Ambito Territoriale
MARCHE	Ambito Territoriale Sociale (ATS)
MOLISE	Ambito Territoriale Sociale
PIEMONTE	Ambito Territoriale
PUGLIA	Ambito Territoriale
SARDEGNA	Ambito Territoriale
SICILIA	Distretto Socio-Sanitario
TOSCANA	Zona-Distretto
TRENTO (P.A.)	Comunità di valle
UMBRIA	Zona Sociale
VALLE D'AOSTA	Ambito Territoriale Sociale (la Regione coincide con l'ATS)
VENETO	Ambito Territoriale Sociale (ATS)

1.5 Coinidenze territoriali

La coincidenza territoriale degli ATS con i Distretti sanitari e con i Centri per l'impiego (CPI), richiamata all'art. 23 del D.lgs. 147/2017, è talvolta prevista pure dalla normativa regionale/provinciale, senza che questo però si concretizzi effettivamente in tutti i casi. È peraltro necessario specificare che per coincidenza territoriale si possono intendere perlomeno due modalità:

- **univoca**; ovvero quando gli Ambiti sono coincidenti nel perimetro e nel numero con gli altri due comparti territoriali (rapporto 1:1);
- **multipla**; nel caso in cui in uno stesso Ambito sono presenti più comparti o viceversa nel caso in cui i Distretti sanitari o i Centri per l'Impiego includono più Ambiti (in tale fattispecie i numeri non

coincidono e si ha un rapporto $1 > 1$).

Come è possibile rilevare dalla tabella sotto riportata (Tab. 1.5), mentre nella maggioranza delle regioni si è realizzata una sostanziale (univoca o multipla) coincidenza territoriale con il comparto sanitario, per quanto riguarda l'area lavoro essa è ampiamente disattesa, nonostante talvolta vi siano richiami normativi regionali volti all'integrazione delle politiche sociali con quelle del lavoro e ad un effettivo raccordo operativo. È inoltre necessario specificare che talvolta (come nel caso delle Marche) la coincidenza è raggiunta in modo parziale, nel senso che coinvolge solo una parte degli ATS.

Come è evidente, la coincidenza territoriale (sia essa univoca o multipla) non è solo un aspetto meramente geografico, e in un futuro approfondimento della rilevazione si ritiene necessario affrontare l'esistenza o meno dei seguenti aspetti¹²:

1. la realizzazione di programmazioni integrate attraverso l'inserimento nel Piano di zona di elementi organizzativi condivisi con la sanità territoriale e con le politiche attive del lavoro;
2. la costruzione di una effettiva governance integrata tra ATS e Distretti sanitari (e possibilmente pure con Centri per l'Impiego);
3. la definizione di raccordi operativi a livello tecnico apicale tra Direttore/Responsabile dell'ATS, Direttore del Distretto sanitario e Responsabile del CPI e, a livello dei singoli professionisti, nelle equipe multidimensionali di valutazione e presa in carico integrata.

¹² Aspetti che riservano anche delle problematiche in quanto si tratta di far funzionare una complessa governance multilivello: mentre gli ATS godono di autonomia decisionale sugli interventi e servizi sociali, le decisioni sanitarie si prendono solitamente a livello di ASL (quando non di Regione), mentre quelle relative al comparto del lavoro a livello regionale/provinciale da cui i Cpl dipendono, senza disporre di una propria autonomia decisionale.

Tab.1.5. Coincidenza tra ATS, Distretti sanitari e CPI

REGIONE/ PROVINCIA AUTONOMA	N° di ATS	N° di Distretti sanitari	N° di Cpl	Coincidenza con Distretti Sanitari	Coincidenza con Cpi	Note
ABRUZZO	24	20	15	NO	NO	
BASILICATA	9	6	15	SI	NO	Con la sanità esiste una coincidenza multipla: più ATS rientrano nel perimetro di un Distretto sanitario
BOLZANO (P.A.)	8	4	6	SI	NO	Con la sanità esiste una coincidenza multipla: più ATS rientrano nel perimetro di un Distretto sanitario (provincialmente definito Comprensorio a sua volta articolato in Distretti sanitari)
CALABRIA	32	14	14	NO	NO	La coincidenza con i Distretti sanitari, benché prevista dalla norma, non è rispettata (fatte salve alcune situazioni in cui i sub-Distretti sanitari coincidono con gli ATS). Lo stesso dicasi per la coincidenza con il lavoro
CAMPANIA	60	73	46	SI	NO	Sostanzialmente rispettata una coincidenza multipla con la sanità
EMILIA-ROMAGNA	38	38	38	SI	SI	Previste normativamente e rispettate entrambe le coincidenze territoriali
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	18	18	SI	NO	Esiste una sostanziale coincidenza con il comparto sanitario, previsto anche dalla normativa regionale, tranne nel caso di un Distretto sanitario a scavalco in ATS nel territorio triestino
LAZIO	37	46	39	SI	NO	Si registra una coincidenza multipla con la sanità
LIGURIA	18	19	15	SI	NO	La coincidenza territoriale con i Distretti sanitari è attuata in tutta la Regione con l'eccezione dell'ATS Genova e dei quattro ATS dell'extra Genova
LOMBARDIA	91	84	64	SI	NO	Coincidenza multipla con la sanità prevista e sostanzialmente rispettata
MARCHE	23	13	13	NO	NO	A fronte di una coincidenza territoriale solo parziale tra i due comparti, sono state istituite dalla Regione forme di raccordo deputate alla governance del sistema
MOLISE	7	3	3	NO	NO	
PIEMONTE	40	33	33	NO	NO	Parziale coincidenza con sanità in alcuni ATS
PUGLIA	45	45	44	SI	NO	Sostanzialmente rispettata la coincidenza con la sanità; richiamata normativamente anche la coincidenza con il lavoro, ma ancora non rispettata
SARDEGNA	26	24	28	SI	NO	La coincidenza con i Distretti sanitari, prevista dalla normativa, è sostanzialmente rispettata. Con il lavoro la normativa prevede strumenti di raccordo
SICILIA	55	55	63	SI	NO	
TOSCANA	28	28	53	SI	NO	La coincidenza con il comparto lavoro non è garantita in tutto il territorio, benché previste forme di integrazione
TRENTO (P.A.)*	17	3	12	NO	NO	Non esiste alcun obbligo normativo provinciale di coincidenza territoriale
UMBRIA	12	12	5	SI	SI	Per il comparto lavoro esiste una coincidenza multipla: più ATS ricompresi nel perimetro di un Cpl
VALLE D'AOSTA	1	2	2	SI	SI	Data l'esistenza di un unico ATS, si evince una coincidenza multipla sia con i Distretti Sanitari che con i Cpl
VENETO	21	26	40	SI	NO	Con l'articolazione sanitaria esiste una coincidenza multipla: 3 ATS ricomprendono nel proprio perimetro più Distretti sanitari
Totale	610	566	566	15	3	
	Fonte: SIOSS	Fonte: AGENAS	Fonti diverse			

*Non considerata l'Amministrazione provinciale

2. Assetti di governance istituzionale

2.1. Governance regionale

Nel complesso disegno di riforma del sistema nazionale dei servizi e degli interventi sociali seguito all'approvazione della legge quadro 328 del 2000 e alla riforma costituzionale del 2001, hanno assunto una significativa rilevanza i processi di governance tra i diversi livelli di governo (*governance multilivello*) sia sul piano nazionale che su quello territoriale. L'obiettivo generale era quello di perseguire le condizioni di maggiore efficacia possibile nell'azione di *policy*, considerato l'alto numero di soggetti istituzionali e sociali coinvolti. Si trattava, in estrema sintesi, di sviluppare un approccio alla programmazione sociale coordinato e sinottico, nel quale la costruzione delle politiche e la loro attuazione, pur sviluppandosi su un sistema istituzionale molto articolato, possano essere considerate e gestite in modo integrato e unitario.

In particolare, l'art. 21 del D.lgs. 147/2017 ha istituito, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la *Rete della protezione e dell'inclusione sociale*, un organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali, allo scopo di **favorire una maggiore omogeneità territoriale nell'erogazione delle prestazioni**. La Rete è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali e ne fanno parte rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero della salute, del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e del Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri; sono componenti della Rete rappresentanti delle regioni, dei comuni e degli ambiti territoriali, designati dall'Associazione nazionale dei comuni d'Italia (ANCI). Possono partecipare, inoltre, il Ministro delegato per la famiglia e le disabilità nonché un rappresentante dell'INPS, oltre che - espressamente invitati - altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici. Lo stesso art. 21 del Decreto, al comma 5, prevede che nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione delle parti sociali e degli organismi rappresentativi del Terzo settore, ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali. L'obiettivo della norma è quello di garantire **un costante processo di collaborazione tra i diversi attori istituzionali e sociali**, favorendo lo sviluppo coordinato degli interventi sul territorio. Una indicazione di merito di carattere generale e diffuso, che assume il carattere della necessità soprattutto quando si tratta di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali.

In seguito, con l'approvazione delle *Linee guida per la costruzione di Reti di servizi connessi all'attuazione dell'Assegno di inclusione*¹³ sono state fornite **specifiche indicazioni in ordine all'implementazione di modalità di coordinamento per la collaborazione e la cooperazione operativa tra i servizi** pubblici territoriali e del privato sociale, operanti nei diversi ambiti (sociale, lavoro, salute, educazione, istruzione, formazione, ecc.). Il documento, che si riferisce all'attuazione della misura dell'Assegno di inclusione ma

¹³ Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 11 giugno 2024, n. 93.

si propone più in generale a tutto l'ambito delle politiche sociali, ribadisce la necessità di definire, sul piano istituzionale, due livelli di reti di coordinamento, regionale e territoriale. A tale scopo le Regioni e Province Autonome individuano specifici strumenti di governance e forniscono indirizzi per la costituzione di strumenti di governance territoriale fornendo indicazioni sulle modalità di costituzione, composizione e obiettivi nel rispetto delle specificità locali. È utile, infatti, che le reti di intervento locali possano svilupparsi riferendosi, a monte, a livello regionale, ad una rete di indirizzo istituzionale che indichi le regole di ingaggio tra le diverse istituzioni coinvolte nella governance, avendo cura di sottoscrivere protocolli d'intesa o accordi di partnership che regolino il rapporto tra i vari enti. Tale coinvolgimento ha lo scopo di **facilitare, a cascata, la costruzione e il funzionamento delle reti territoriali di intervento**. L'obiettivo generale è quello di costruire una governance che, dal livello nazionale, fino a quello di ambito territoriale, sia in grado di far funzionare al meglio il sistema attraverso la tempestiva e corretta circolazione delle informazioni e la rimozione dei nodi procedurali che via via si dovessero evidenziare.

In questo quadro, la **ricognizione** intende verificare l'attuale sviluppo della previsione normativa e la strutturazione organizzativa dei diversi organismi di governance presenti sul territorio, a livello regionale e a livello territoriale, con riferimento prevalente e specifico alle reti di tipo istituzionale.

Le informazioni, considerate in modo aggregato, evidenziano una **grande eterogeneità di scelte da parte delle Regioni**: se l'individuazione di un organismo cui è affidato l'esercizio della funzione di governance appare diffusa su tutto il territorio nazionale, grande varietà registriamo in ordine alla definizione e alla composizione dei diversi organismi. Solo 6 Regioni (Basilicata, Calabria, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) adottano il modello istituzionale indicato dall'art. 21 del D.lgs. 147/2017. La Regione Veneto, che aveva istituito nel 2018 il *Tavolo regionale della Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale*, con la approvazione della recente legge regionale 9/2024, ne ha assorbito le funzioni in un diverso organismo, denominato *Rete regionale per la gestione associata e l'inclusione sociale*. Quasi tutte le altre Regioni adottano organismi di governance, variamente denominati:

- *Cabina di regia* (Emilia-Romagna, Abruzzo, Puglia),
- *Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali* (Campania),
- *Coordinamento regionale delle politiche per la cittadinanza sociale* (Friuli Venezia Giulia),
- *Coordinamento regionale degli Ambiti Territoriali Sociali* (Marche),
- *Consulta regionale delle politiche sociali* (Molise) e *Consulta provinciale per l'assistenza sociale* (Provincia autonoma di Bolzano),
- *Tavolo Regionale per il Welfare* (Toscana),
- *Tavolo di Governance Unitaria* (Umbria),
- *Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale* (Liguria),
- *Comitato per la programmazione sociale* (Provincia autonoma di Trento).

Anche la **composizione** di questi organismi varia di caso in caso, pur conservando finalità sostanzialmente simili. Rileva però registrare che la differenziazione delle esperienze appare significativa

quando a mutare è il profilo dei partecipanti. La composizione, definita dalla normativa regionale, a volte comprende profili prevalentemente tecnico-amministrativi, qualificando l'organismo come struttura di coordinamento tecnico più che come soggetto di rappresentanza istituzionale. La Cabina di Regia regionale della Regione Puglia, ad esempio, comprende i Responsabili degli Uffici di Piano e un rappresentante dell'ANCI regionale. Quella dell'Emilia-Romagna, i Sindaci dei Comuni capofila dei distretti sociosanitari. In altri casi si evidenzia, al contrario, una partecipazione prevalente, se non esclusiva, di profili di carattere politico-istituzionale, insieme a rappresentanti delle parti sociali. In questo secondo caso è frequente la circostanza che vede l'affiancamento all'organismo di governance di un supporto specificatamente tecnico:

- *Tavolo di Coordinamento Tecnico* (Umbria),
- *Conferenza permanente dei Coordinatori degli ATS* (Marche),
- *Osservatorio Sociale Regionale* (Abruzzo).

Su questo versante un interessante approfondimento, da rinviare però ad una fase successiva di analisi, può essere fatto sugli elementi di processo che caratterizzano questi organismi, sul piano delle dinamiche organizzative, dell'intensità d'azione, sulla frequenza degli incontri, sulla natura e i contenuti specifici delle decisioni eventualmente assunte, sull'attività di monitoraggio e valutazione eventualmente realizzata. Anche al fine di verificare in modo più analitico in che misura, eventualmente, sul piano operativo, esse si differenziano rispetto al modello indicato dal legislatore con la previsione di cui all'art. 21 del D.lgs. 147/2017.

2.2. Governance territoriale

Sul piano territoriale, come era facile prevedere, è ancora più basso il numero delle esperienze esplicitamente definite sul modello della *Rete per la protezione e l'inclusione sociale*. Molti atti di programmazione regionale (Calabria, Sicilia) e alcune norme regionali (Veneto) individuano la necessità di definire, anche a livello territoriale, un profilo di governance coerente con gli indirizzi nazionali. In Sicilia le reti territoriali hanno piena operatività, in quanto l'approvazione degli atti di programmazione locale passa dalla rete territoriale che è prevista anche dagli schemi di Convenzione. In altri casi, sul piano operativo, a questi indirizzi non sempre segue una piena e diffusa attuazione. Una delle variabili che è possibile registrare è quella relativa all'esercizio, più o meno sviluppato, dell'azione di coordinamento da parte del livello regionale di governo, che, laddove intenzionalmente sostenuta, ad esempio attraverso il presidio costante dell'attività programmatoria territoriale, pare favorire uno sviluppo più omogeneo delle politiche territoriali.

Anche sul piano territoriale è possibile evidenziare una **sostanziale eterogeneità dei processi di governance**, che si rileva già sul piano nominalistico, con le differenti denominazioni adottate per individuare gli assetti istituzionali deputati all'esercizio della funzione amministrativa (ambiti sociali, ambiti territoriali, distretti sociali, ambiti distrettuali, PLUS) che si sovrappone alla nota varietà dei profili giuridico-amministrativi adottati (Convenzione, Consorzio, Azienda speciale, Unione dei Comuni, Comunità comprensoriale, Società per la Salute). Simmetricamente registriamo grande varietà nella denominazione del soggetto istituzionale cui è affidato il livello di governo politico-amministrativo

dell'ambito territoriale:

- *Coordinamento istituzionale* (Calabria, Campania, Puglia, Sardegna),
- *Conferenza istituzionale dei Sindaci* (Basilicata) o *Conferenza dei Sindaci di Ambito territoriale Sociale* (Liguria),
- *Conferenze dei Sindaci e Comitati di Programmazione e Coordinamento* (Toscana);
- *Comitato di Distretto* (Emilia-Romagna) o *Comitato dei Sindaci* (Molise, Sicilia e Veneto),
- *Assemblea dei Sindaci del Servizio Sociale dei Comuni* (Friuli Venezia Giulia) o *Assemblea dei Sindaci* (Lombardia),
- *Comitato dei Sindaci (o Assemblea dei Sindaci nel caso dei Consorzi)* (Lazio) o *Assemblea Consortile* (Piemonte),
- *Consiglio delle comunità comprensoriali* (Provincia autonoma di Bolzano),
- *Consiglio dei sindaci quale organo della comunità di valle* (Provincia autonoma di Trento)
- *Conferenza di Zona* (Umbria).

Comunque denominati, questi organismi svolgono le **funzioni di indirizzo e controllo** per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali nel territorio di propria competenza, differenziandosi a volte solo in riferimento alla composizione, che di norma prevede la presenza dei sindaci dei comuni afferenti all'ambito territoriale, ma può considerare anche la delega agli assessori comunali di riferimento e, in alcuni casi, la partecipazione del direttore generale della ASL di competenza o suo delegato e del Presidente della Provincia (città Metropolitana) o suo delegato. Nell'esercizio della funzione attribuita all'organismo di governo locale dell'ambito sociale territoriale può variare anche il peso assegnato alle funzioni amministrative di competenza del comune capofila. È il caso dell'Abruzzo, ad esempio, regione nella quale spesso gli ambiti distrettuali sociali sono coordinati dall'ente capofila dell'ambito distrettuale (cui è attribuito l'acronimo ECAD), che svolge un ruolo di primaria importanza nella gestione e nell'organizzazione dei servizi sociali. L'ECAD assicura la regia dei processi istituzionali, agendo come punto di riferimento per la pianificazione e l'implementazione delle politiche sociali sul territorio anche per gli altri comuni aderenti. In alcune regioni (la Puglia, ad esempio) nell'assegnare un ruolo rilevante al comune capofila nell'ambito della sottoscrizione della Convenzione art. 30 TUEL si utilizza un modello di atto amministrativo specifico, gerzialmente definito *a delega forte*, proprio a voler sottolineare la specificità del profilo amministrativo assegnato a quel modello di gestione associata.

Su tutto il territorio nazionale, anche laddove la Rete non è implementata sul modello dell'art. 21 del D.Lgs 147/2017, sono presenti diffusamente **tavoli di consultazione con le parti sociali variamente definiti**. In Toscana, ad esempio, sono costituiti i *Comitati di Programmazione e Coordinamento*, strutture che favoriscono la cooperazione tra la Regione, le ASL, i Comuni e gli Enti del terzo settore, per coordinare l'attuazione delle politiche sociali e monitorare l'efficacia degli interventi. In Umbria, all'interno di ognuna delle *Zone sociali*, sono istituiti due organismi di concertazione e coprogettazione, entrambi con un ruolo fondamentale nella pianificazione e nell'attuazione dei servizi sociali. In Sicilia, dove il modello appare più conforme a quello della Rete, la struttura organizzativa si articola in *tavoli permanenti*, nelle

diverse aree di attività, con la clausola della rotazione delle figure del terzo settore, al fine di evitare potenziali conflitti di interesse, come specificato dal comma 5 del citato art. 21. I dettagli sono indicati nella seconda parte del documento, nella sezione dei report regionali.

3. La pianificazione sociale

3.1. Il livello regionale della pianificazione

L'art. 8, comma 1, della l. 328/2000 attribuisce alle Regioni l'esercizio delle **funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali**, nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale. L'art. 18 della stessa legge-quadro, al comma 6, prevede che le Regioni adottino il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione sociosanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. Tale previsione normativa, rafforzata dalla riforma costituzionale del 2001, nel quadro dell'intensa produzione legislativa regionale che abbiamo analizzato nei paragrafi precedenti, ha prodotto una **diffusa produzione di atti di programmazione**, di diversa natura, su scala regionale, nel corso del ventennio successivo all'approvazione della riforma. Quasi tutte le Regioni hanno adottato, dopo l'approvazione della l. 328/2000, un piano regionale - comunque denominato - per definire indirizzi e obiettivi in materia di politiche sociali e sociosanitarie (Tab.3.1)¹⁴, tranne il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte e la Sicilia. Queste Regioni hanno scelto di intervenire con specifici atti amministrativi (linee guida, indirizzi operativi, ecc.), più volte nel corso del tempo, a scandire le diverse fasi programmatiche e fornire indirizzi al livello territoriale di governo. Le Province autonome di Bolzano e di Trento si distinguono per l'adozione di atti di programmazione che coprono un arco di tempo più ampio del consueto triennio, nel primo caso con un Piano Sociale provinciale che, approvato nel 2023, si proietta fino al 2030, nel secondo con l'adozione di un Piano per la salute che contiene indirizzi anche in materia di servizi sociali, valido per il decennio 2015-2025.

È interessante notare, però, che **solo 7 Regioni su 20** (cui si aggiungono, appunto, le due Province autonome) dispongono di atti di programmazione vigenti al momento della stesura del presente report. Le altre non hanno Piani regionali vigenti, se non della forma dell'eventuale proroga di indirizzi precedenti. Tale considerazione assume maggior rilievo se si considera che a partire dal 2017, con l'approvazione del D.lgs. 147/2017 e la progressiva introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni, il sistema di welfare italiano ha conosciuto una significata serie di interventi da parte del legislatore nazionale, destinati a modificare in modo sostanziale l'assetto territoriale degli interventi. Il **presidio costante della funzione di programmazione**, ancor più nella stagione della definizione dei LEPS, appare al contrario decisivo per l'esercizio efficace di un'azione di coordinamento, indirizzo e di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale. Va considerato, inoltre, che a partire dal 2018, con l'approvazione del *Piano triennale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà*, è ripresa - di pari passo con la definizione dei LEPS - l'azione di programmazione nazionale, che ha visto l'approvazione del *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023* (Decreto 22 ottobre 2021) e, più di recente, del *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024- 2026*, in corso di adozione al momento della stesura del presente report. Appare dunque auspicabile - se non inevitabile - che l'azione di coordinamento a livello regionale assuma l'orizzonte temporale della programmazione nazionale come riferimento, allo scopo di ottimizzare la

¹⁴ Si precisa che l'adozione di un Piano sociosanitario integrato in luogo di un Piano sociale comporta in alcuni casi la focalizzazione su aspetti riguardanti gli interventi e i servizi ad alta integrazione sociosanitaria trascurando una più ampia trattazione dei contenuti meramente socioassistenziali.

pianificazione territoriale e favorire la piena integrazione degli obiettivi e degli interventi.

Tab.3.1. Timeline dei Piani regionali in materia di politiche sociali¹⁵

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Predisposizione Piano dopo 328/00
ABRUZZO		PS 2016-2018											Sì
BASILICATA				Piano regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2018-2020									Sì
BOLZANO (P.A.)									PS 2023-2030				Sì
CALABRIA						PS 2020-2022							Sì
CAMPANIA								PS 2022-2024					Sì
EMILIA-ROMAGNA			PSS 2017-2019										Sì
FRIULI VENEZIA GIULIA													No
LAZIO							PS 2021-2023						Sì
LIGURIA										Piano Sociale Integrato 2024- 2026			Sì
LOMBARDIA										PSS 2024-2028			Sì
MARCHE						PS 2020-2022							Sì
MOLISE						PS 202-2022							Sì
PIEMONTE													No
PUGLIA								PS 2022-2024					Sì
SARDEGNA							Piano Servizi alla persona 2021- 2023						Sì
SICILIA			PSS 2017										Sì
TOSCANA										PSSI 2024-2026			Sì
TRENTO (P.A.)	PIANO PER LA SAUTE DEL TRENTINO 2015-2025 - PROGRAMMA SOCIALE PROVINCIALE (4 STRALCI)												Sì
UMBRIA			PS 2017-2019										Sì
VALLE D'AOSTA								Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2022-2025					Sì
VENETO					PSS 2019-2023								Sì
Con piano vigente										9			19

Legenda:

PS = Piano sociale

PSS = Piano Sociosanitario

Fonte: rielaborazioni e aggiornamenti dello schema di Marco Buralassi, IL WELFARE DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN ITALIA. FrancoAngeli, 2007; p.83

3.2. Il livello territoriale della pianificazione

Considerazioni analoghe possono essere avanzate a commento del quadro complessivo che si rileva dall'analisi della programmazione a livello territoriale (Tab. 3.2). L'art. 19 delle l. 328/2000 prevedeva che i Comuni, associati in ambiti territoriali, provvedessero, in coerenza con le indicazioni dei piani regionali, a definire il proprio piano di zona. Le stesse leggi regionali, prima analizzate, richiamano la previsione normativa della legge-quadro, con la conseguenza che, nel corso degli anni successivi alla riforma, tutte

¹⁵ Si precisa che la Giunta regionale del Lazio ha approvato la proposta di piano sociale regionale 2025-2027 che è in discussione in Consiglio regionale (proposta di deliberazione consiliare n. 38 del 20 dicembre 2024).

le regioni italiane, con l'eccezione (parziale)¹⁶ della Provincia autonoma di Bolzano, i **piani di zona** - comunque denominati - sono diventati lo strumento ordinario di programmazione dei servizi sociali a livello territoriale¹⁷.

Al tempo stesso, però, va rilevato che anche sul piano territoriale la funzione programmatoria non sempre è presidiata in modo costante nel tempo. Sono diversi, infatti, i contesti territoriali nei quali la definizione dei piani di zona è sospesa da tempo, rinviata, differita nei termini, o comunque indebolita e frammentata. Su questo punto, oltre che una evidente differenziazione sul piano *interregionale*, si registra una variazione significativa anche sul piano *infraregionale*, con singoli ambiti territoriali che - nel contesto di una più generale difficoltà amministrativa - manifestano considerevoli ritardi nell'esercizio della funzione programmatoria.

Tab.3.2. Adozione dei Piani territoriali in materia di politiche sociali

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	Avvio PdZ dopo la 328/00	PdZ vigenti nel 2024	Note
ABRUZZO	Sì	Sì	Denominato "Piano Distrettuale Sociale" riguarda il triennio 2023-2025
BASILICATA	Sì	No	Denominato "Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari" ha riguardato il triennio 2019-2021
BOLZANO (P.A.)	No	No	Non sono previsti, i Comuni di Bolzano e Merano pubblicano dei Piani sociali
CALABRIA	Sì	No	Il primo ciclo è stato avviato nel triennio 2021-2023
CAMPANIA	Sì	Sì	
EMILIA-ROMAGNA	Sì	Sì	Con la DGR 1030/2024 si sta riavviando il prossimo ciclo
FRIULI VENEZIA GIULIA	Sì	No	L'ultimo ciclo risale al 2013-2015 novellato dal Programma di contrasto alla povertà del 2018; alcuni ATS continuano indipendentemente da nuove LG
LAZIO	Sì	Sì	I distretti sociosanitari approvano i piani sociali di zona 2024-2026 (ad oggi sono 31 quelli approvati). Il Comune di Roma Capitale ha trasmesso alla Regione lo schema di piano sociale cittadino 2024-2026 approvato con la DGC n. 398 del 31/10/2024
LIGURIA	Sì	Sì	
LOMBARDIA	Sì	Sì	Avviata l'attuazione della programmazione per il triennio 2025/2027, secondo le Linee di indirizzo definite con DGR n. 2167 del 15 aprile 2024.
MARCHE	Sì	Sì	
MOLISE	Sì	Sì	
PIEMONTE	No	No	Nonostante la definizione di Linee Guida, la programmazione territoriale ad oggi non è stata ancora avviata
PUGLIA	Sì	Sì	
SARDEGNA	Sì	Sì	Denominato Piano Locale Unitario dei Servizi (PLUS)
SICILIA	Sì	Sì	
TOSCANA	Sì	Sì	Il Piano di Inclusionone Zonale (ex Piano di Zona) è generalmente assorbito dentro il Piano Integrato di Salute pur non essendo obbligatorio negli ambiti zonali che non hanno istituito la SdS
TRENTO (P.A.)	Sì	Sì	Le Comunità di Valle/Territorio della Val d'Adige approvano, secondo tempistiche differenziate, i Piani sociali di comunità, solitamente di durata triennale.
UMBRIA	Sì	Sì	
VALLE D'AOSTA	Sì	Sì	Coincide con il Piano regionale
VENETO	Sì	Sì	L'ultimo ciclo riguarda il periodo 2023-2025
Totale SI	19	16	

¹⁶ Come specificato nelle note in tabella, nonostante la mancata previsione a livello provinciale, alcuni comuni della Provincia autonoma di Bolzano adottano comunque un atto di programmazione territoriale.

¹⁷ Si fa presente che già la L. 285/1997, aveva previsto dei Piani Triennali di Ambito, benché finalizzati alla sola area dell'infanzia e dell'adolescenza, come disposto dal secondo comma dell'art. 2: "Gli enti locali ricompresi negli ambiti territoriali di intervento di cui al comma 1, mediante accordi di programma definiti ai sensi dell'[articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142](#), cui partecipano, in particolare, i provveditorati agli studi, le aziende sanitarie locali e i centri per la giustizia minorile, approvano piani territoriali di intervento della durata massima di un triennio, articolati in progetti immediatamente esecutivi, nonché il relativo piano economico e la prevista copertura finanziaria".

4. L'esercizio della gestione associata dei servizi sociali in Italia

I Comuni, titolari della funzione socioassistenziale, la esercitano nelle modalità previste dalla normativa regionale che abbiamo analizzato nel capitolo secondo. Obiettivo del presente capitolo è fornire, per quanto possibile, una prima base quantitativa a quelle disposizioni.

L'analisi qui presentata è un'elaborazione dei dati caricati sull'allegato 1 di SIOSS relativi al 2023, integrata da informazioni raccolte durante le interviste condotte con i dirigenti delle politiche sociali regionali¹⁸.

L'alimentazione 2024 della banca dati servizi (di cui l'allegato 1 è parte) di SIOSS ha raggiunto il 97,87% del totale degli ATS (597 su 610)¹⁹. In 12 regioni²⁰ e nelle 2 province autonome la compilazione è stata completa, mentre in tutte le altre ha comunque superato il 90%.

Le **modalità** in cui i Comuni appartenenti all'ATS esercitano la funzione socioassistenziale prevede innanzitutto l'individuazione della sua forma, che è stata raggruppata in tre categorie:

- singola, in cui ogni Comune ha mantenuto l'attuazione della funzione²¹;
- associata per tutti i servizi, in cui il Comune la esercita assieme ad altri Comuni, secondo le diverse forme che poi si analizzeranno;
- singola ed associata, ovvero associata solo per alcuni servizi, mentre per altri continua ad esercitarla autonomamente.

I dati presentano una situazione nazionale relativa all'anno 2023 (Tab.4.1 e Fig.4.1) in cui la maggioranza dei Comuni (esattamente il 51,6%) esercita la funzione socioassistenziale nella modalità **mista** (singola ed associata). Segue la modalità associata per tutti i servizi nel 45,8% dei Comuni rispondenti, mentre invece la modalità singola è prerogativa del 2,6% dei Comuni, la gran parte unici componenti dell'Ambito, in quanto si tratta solitamente di città medio-grandi.

Questa suddivisione nazionale trova qualche peculiarità regionale:

- in Sicilia si riscontra l'incidenza più alta di Comuni che esercitano la funzione a livello singolo (il 13,8% del totale), mentre tale opzione risulta assente in Friuli Venezia Giulia²², Molise, Umbria, Val d'Aosta e Veneto;
- la forma mista è esercitata da quasi tutti i Comuni in Basilicata, Sardegna, Sicilia, Umbria e Veneto;
- la forma associata per tutti i servizi vede una diffusione superiore alla media nazionale nelle

¹⁸ Si è consapevoli della limitata attendibilità di queste informazioni. La loro esposizione si propone pure di facilitare l'individuazione di inesattezze affinché si proceda alla revisione delle informazioni caricate dai singoli ATS a sistema.

¹⁹ La Provincia Autonoma di Trento benché risulti un ATS non è stata considerata in questa analisi in quanto sovrapponibile ai restanti 17 ATS che incidono sullo stesso territorio.

²⁰ Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto.

²¹ Ciò non significa che poi non abbia proceduto ad una gestione externalizzata.

²² In Friuli Venezia Giulia il caso di Trieste, benché si tratti di un Comune coincidente con l'ATS, è stato collocato nella forma associata, differenziandosi dagli altri ATS mono-comunali.

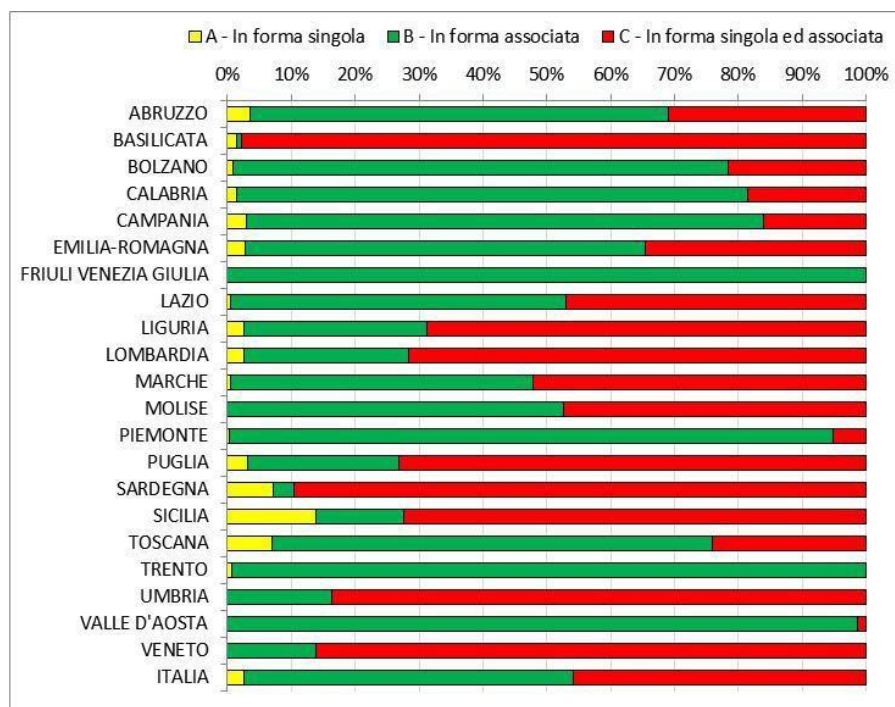
seguenti regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Toscana, Valle D'Aosta e nelle due province autonome di Bolzano e Trento.

Tab.4.1. Forma di esercizio della funzione socioassistenziale dei Comuni per regione nel 2023

REGIONE/PROVINCIA	N° Comuni presenti	N° Comuni rispondenti	N° Comuni non rispondenti	A - In forma singola	B - In forma associata	C - In forma singola ed associata
ABRUZZO	305	284	21	10	186	88
BASILICATA	131	131	0	2	1	128
BOLZANO	116	116	0	1	90	25
CALABRIA	404	404	0	6	323	75
CAMPANIA	550	512	38	15	415	82
EMILIA-ROMAGNA	330	330	0	9	207	114
FRIULI VENEZIA GIULIA	215	215	0	0	215	0
LAZIO	378	378	0	2	198	178
LIGURIA	234	227	7	6	65	156
LOMBARDIA	1504	1485	19	37	384	1064
MARCHE	226	226	0	1	107	118
MOLISE	136	135	1	0	71	64
PIEMONTE	1180	1180	0	3	1116	61
PUGLIA	257	257	0	8	61	188
SARDEGNA	377	364	13	26	12	326
SICILIA	391	390	1	54	54	282
TOSCANA	273	273	0	19	188	66
TRENTO	166	166	0	1	165	0
UMBRIA	92	80	12	0	13	67
VALLE D'AOSTA	74	74	0	0	73	1
VENETO	563	563	0	0	78	485
ITALIA	7.902	7.790	112	200	4.022	3.568

Fonte: elaborazioni su dati SIOSS (estrazione 30/11/2024)

Fig.4.1. Incidenza % regionale della forma di esercizio della funzione socioassistenziale dei Comuni nel 2023



Fonte: elaborazioni su dati SIOSS (estrazione 30/11/2024)

Passando dal livello comunale a quello di ATS, l'aggregazione delle informazioni sulla gestione associata fornisce il risultato presentato nella tabella 4.2 in cui si evince, al netto di possibili errori di inserimento, un limitato numero di Ambiti che dichiarano di non avere alcuna forma di esercizio associato²³.

Tab.4.2. ATS che dichiarano di disporre di una gestione associata

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	N° ATS	N° ATS mono comunali	N° ATS rispondenti	di cui mono comunali	N° ATS con esercizio associato	N° ATS senza esercizio associato (esclusi i mono comunali)
ABRUZZO	24	4	22	4	16	2
BASILICATA	9	2	9	2	7	0
BOLZANO	8	1	8	1	7	0
CALABRIA	32	1	32	1	30	1
CAMPANIA	60	8	54	5	47	2
EMILIA-ROMAGNA	38	3	38	2	36	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	1	18	1	17	0
LAZIO	37	2	37	2	35	0
LIGURIA	18	1	17	1	15	1
LOMBARDIA	91	3	89	3	85	1
MARCHE	23	1	23	1	22	0
MOLISE	7	0	7	0	7	0
PIEMONTE	40	3	40	3	37	0
PUGLIA	45	5	45	5	40	0
SARDEGNA	26	1	25	1	23	1
SICILIA	55	1	55	1	45	9
TOSCANA	28	1	28	1	27	0
TRENTO	17	1	17	0	17	0
UMBRIA	12	0	11	0	11	0
VALLE D'AOSTA	1	0	1	0	1	0
VENETO	21	0	21	0	21	0
ITALIA	610	39	597	34	546	17

Fonte: elaborazione su dati SIOSS – dati al 31.12.2023 (scarico del 30/11/2024)²⁴

Analizzando le forme associative (Tab.4.3), impiegate dai Comuni per l'attuazione della funzione socioassistenziale e inserite a sistema (che riguardano 546 ATS su 597, quindi l'89,8% del totale), emerge la netta prevalenza della Convenzione ex art. 30 del TUEL. Sono la forma associativa prevalente in quasi tutte le regioni. Segue la forma associata del Consorzio (sia come ente pubblico ai sensi dell'art. 31 del TUEL, sia come azienda speciale e azienda speciale consortile, rispettivamente art. 114 e 31 e 114 del TUEL) che vede la sua massima diffusione in Piemonte, ma diffuso anche in Lombardia e Campania. Al terzo posto si collocano le altre forme associative previste dalla normativa regionale che in qualche caso (per esempio le Società della Salute della Toscana) sono riconducibili anche alle forme già contemplate dal TUEL²⁵. Infine, la forma meno diffusa è l'Unione dei Comuni (art.

²³ Si fa presente che – perlomeno per quanto riguarda la gestione del Fondo povertà e delle misure nazionali di contrasto della povertà (dal SIA all'AdI) - anche in questi ATS esiste, o dovrebbe esistere, una formalizzazione minima di gestione associata tra i Comuni.

²⁴ Nell'analisi condotta per l'elaborazione della tabella, è stato modificato un valore relativo ad un ATS della Puglia in quanto ritenuto un refuso.

²⁵ In questa categoria vengono inserite anche le Aziende Pubbliche dei Servizi alla Persona (ASP).

32 del TUEL), incluse la comunità montana (art. 27 e 28 del TUEL), presente soprattutto in Emilia-Romagna, seguita dalle Marche.

Tab. 4.3. Forma associativa di esercizio della funzione socioassistenziale per regione/provincia autonoma (anno 2023)²⁶

REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	Convenzione Associativa	Consorzio (1)	Unione Comunale (2)	Altra forma associativa prevista da normativa regionale	Tot ATS con forma associata
ABRUZZO	13	0	3	0	16
BASILICATA	7	0	0	0	7
BOLZANO	0	0		7	7
CALABRIA	26	1	0	3	30
CAMPANIA	32	15	0	0	47
EMILIA-ROMAGNA	5		11	20	36
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	0	0	0	18
LAZIO	28	7	0	0	35
LIGURIA	6	0	2	7	15
LOMBARDIA	37	35	2	11	85
MARCHE	15		6	1	22
MOLISE	7				7
PIEMONTE	2	29	5	1	37
PUGLIA	32	7			39
SARDEGNA	19		4		23
SICILIA	43			2	45
TRENTO	1		2	14	17
TOSCANA	7		2	18	27
UMBRIA	10		1		11
VALLE D'AOSTA				1	1
VENETO	13	1		7	21
ITALIA	321	95	38	92	546
	58,8%	17,4%	7,0%	16,8%	100,0%

Note

(1) Include Aziende Speciali Consortili

(2) Include Comunità Montane

Evidenziata in rosa la classe prevalente per regione/provincia

Fonte: elaborazione su dati SIOSS – dati al 31.12.2023 (scarico del 30/11/2024)

Un ulteriore elemento degno di analisi è la **presenza concomitante nello stesso ATS di più forme associative della funzione socioassistenziale**, nel senso che ognuna di esse si occupa solo di una parte della gamma degli interventi e dei servizi sociali. La conseguenza è la presenza di più enti attuatori all'interno dello stesso ATS. Il fenomeno sembra interessare soprattutto gli ATS di Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia, Sardegna, Sicilia e la stessa Valle D'Aosta (Tab. 4.4).

²⁶ Alcune Regioni dichiarano che, dalle loro rilevazioni, la composizione delle forme attuative della gestione associata è diversa da quanto risultante in SIOSS. Si ricorda che "i dati e le informazioni di cui agli articoli 4,5,6 e 7 [quelli qui presentati, NdR] sono messi a disposizione dagli ambiti territoriali, fatta salva la facoltà della regione o della provincia autonoma di curare la raccolta e alimentare direttamente il SIOSS per conto degli ambiti" (art. 8 DM 103/2019).

Tab.4.4: Numerosità dei soggetti attuatori per singolo ATS (dati a livello regionale)

REGIONE/PROVINCIA	ATS con forma associata	N° enti attuatori della gestione associata
ABRUZZO	16	19
BASILICATA	7	8
BOLZANO	7	7
CALABRIA	30	32
CAMPANIA	47	49
EMILIA-ROMAGNA	36	63
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	16
LAZIO	35	37
LIGURIA	15	45
LOMBARDIA	85	132
MARCHE	22	24
MOLISE	7	7
PIEMONTE	37	45
PUGLIA	39	41
SARDEGNA	23	35
SICILIA	45	68
TRENTO	17	17
TOSCANA	17	22
UMBRIA	11	12
VALLE D'AOSTA	1	9
VENETO	21	56
ITALIA	536	744

Fonte: elaborazioni su dati SIOSS (estrazione 30/11/2024)

5. Il personale occupato nei servizi sociali in Italia

La conoscenza quanti-qualitativa del personale occupato nei Servizi sociali rappresenta una dimensione fondamentale per la comprensione dei modelli organizzativi degli ATS. Una prima analisi dell'attuazione del livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale relativa al reclutamento degli assistenti sociali è stata compiuta dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio rendendola disponibile nella nota focus tematico n°5 del 18 dicembre 2023. L'analisi qui svolta si propone di aggiornare quanto già elaborato con riferimento al 2022, fornendo una preliminare descrizione di quattro aspetti riguardanti il personale dei servizi sociali:

- la **consistenza di assistenti sociali occupati** nei servizi sociali alla data del 31.12.2023 (riportando: numero di teste, FTE²⁷, datore di lavoro, tipo di contratto, raggiungimento del LEPS 1:5.000 e dell'obiettivo di servizio 1:4.000)²⁸, come desunto dall'alimentazione dell'Allegato 7 del SIOSS – Professionisti;
- l'**andamento del numero di assistenti sociali dipendenti occupati a tempo indeterminato** dall'amministrazione pubblica nel triennio 2021-2023, come desunto dalla banca dati assistenti sociali del SIOSS e dai Decreti Ministeriali che ripartiscono il contributo previsto dal comma 797 dell'art. 1 della L. 178/2020²⁹;
- la **presenza di altre figure professionali operanti nei servizi sociali** alla data del 31.12.2023 (affrontando i seguenti indicatori: tipologia, teste, FTE, datore di lavoro, tipo di contratto e incidenza sul totale operatori), come desunto dall'Allegato 7 della banca dati SIOSS – Professionisti;
- la **consistenza del personale amministrativo** a supporto del Servizio Sociale Professionale alla data del 31.12.2023, come desunto dall'Allegato 4 della banca dati SIOSS dedicata agli interventi e ai servizi.

5.1. LEPS Assistenti sociali

La verifica per tutti gli ATS del raggiungimento del LEPS di un assistente sociale ogni 5.000 abitanti e dell'obiettivo di servizio di un assistente sociale ogni 4.000 abitanti (calcolato su FTE), ad oggi, non è ancora pienamente disponibile per le tre seguenti ragioni:

- la parziale alimentazione della banca dati professionisti da parte degli ATS;
- le differenti interpretazioni date alle richieste informative contenute nel decreto del MLPS

²⁷ L'acronimo inglese (*Full Time Equivalent*) è utilizzato per individuare gli operatori a tempo pieno equivalente.

²⁸ Con l'art. 1 comma 797 della legge di bilancio 178/2020 è stato individuato il LEPS "definito da un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, e dell'ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000".

²⁹ Da questa analisi sono escluse le due Province Autonome di Bolzano e Trento in quanto non destinatarie del contributo.

n° 103 del 20 settembre 2019 che ha istituito il SIOSS;

- gli eventuali errori di imputazione dei valori prodotti durante l'alimentazione.

Tali rilievi sono effettuati in quanto alla presente rilevazione è stato affidato anche il compito di presentare lo stato di alimentazione delle banche dati al fine di sollecitare ATS e Regioni ad assumersi i rispettivi impegni riguardo ai debiti informativi necessari per una efficace programmazione e valutazione degli interventi.

Per quanto riguarda la prima ragione, uno sguardo all'andamento dell'alimentazione della banca dati dal suo avvio (alimentazione avvenuta nella primavera del 2021 con i dati relativi all'annualità 2020) mostra un valore che, con piccole oscillazioni annuali, rimane intorno all'80% del totale degli ATS censiti (Fig.5.1), pur considerando l'incremento del 2023 relativo all'inserimento degli ATS della Provincia Autonoma di Trento e di qualche disaggregazione avvenuta in altre regioni.

La disaggregazione regionale dell'alimentazione mostra che in 12 regioni la totalità degli ATS ha alimentato il SIOSS, in una regione la totalità è stata quasi sfiorata, e in due regioni essi non si raggiunge nemmeno la metà degli ATS (Fig.5.2), mentre nelle restanti regioni rileviamo valori intermedi.

L'analisi che segue si limiterà quindi ai soli ATS rispondenti, i cui dati potrebbero però risultare parzialmente attendibili e quindi difficilmente comparabili a causa di interpretazioni differenti e di possibili errori di compilazione, come menzionato sopra.

Fig.5.1. Andamento dell'alimentazione della Banca dati Professionisti nel periodo 2020-2023

Fonte: elaborazioni su SIOSS (scarico dati al 30/11/2024)



Tab.5.2.: Alimentazione della Banca dati Professionisti nel 2023 per regione/provincia autonoma³⁰

REGIONE/PROVINCIA	TOT ATS	ATS con bancadati PROFESSIONI finalizzata	%
ABRUZZO	24	15	62,50%
BASILICATA	9	9	100,00%
BOLZANO	8	8	100,00%
CALABRIA	32	32	100,00%
CAMPANIA	60	26	43,33%
EMILIA-ROMAGNA	38	29	76,32%
FRIULI VENEZIA GIULIA	18	18	100,00%
LAZIO	37	26	70,27%
LIGURIA	18	17	94,44%
LOMBARDIA	91	57	62,64%
MARCHE	23	23	100,00%
MOLISE	7	5	71,43%
PIEMONTE	40	40	100,00%
PUGLIA	45	45	100,00%
SARDEGNA	26	19	73,08%
SICILIA	55	55	100,00%
TOSCANA	28	28	100,00%
TRENTO*	17	17	100,00%
UMBRIA	12	4	33,33%
VALLE D'AOSTA	1	1	100,00%
VENETO	21	21	100,00%
ITALIA	610	495	81,15%

Fonte: elaborazioni su SIOSS

Sulla base dei dati raccolti dal SIOSS (Allegato 7) nel 2023 si registra che (Fig.5.3):

- oltre il 60% degli ATS ha raggiunto il LEPS di un assistente sociale ogni 5mila abitanti, 276 ATS (il 45%) conseguono anche l'obiettivo di servizio di un assistente sociale ogni 4mila abitanti, mentre 122 ATS (il 20% ca.) hanno un rapporto che supera la soglia di 1:5.000; infine di 117 ATS non si conoscono i valori;
- in Friuli Venezia Giulia, nella Provincia Autonoma di Trento e in Valle D'Aosta (composta da un solo ATS), tutti gli ATS hanno raggiunto l'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 4mila persone residenti;
- il Piemonte sfiora il raggiungimento del LEPS per tutti i suoi ATS in quanto solo 1 supera il rapporto di 1:5.000, mentre la gran parte degli ATS ha raggiunto anche l'obiettivo di servizio;
- in Calabria e Sicilia, la maggior parte degli ATS non raggiunge il LEPS, pur comprendendo ATS che conseguono l'obiettivo di servizio.

In sintesi, i dati riflettono non solo una profonda differenziazione inter-regionale, ma anche una diffusa disomogeneità intra-regionale, dal momento che ATS vicini, se non contigui, presentano consistenze numeriche degli assistenti sociali molto varie.

³⁰ La Provincia Autonoma di Trento, benché inserita come ATS nell'elenco ministeriale, in quanto titolare di alcuni servizi sociali e di proprio personale, non è qui stata conteggiata.

Fig.5.3. Raggiungimento del LEPS e dell'obiettivo di servizio per regione (anno 2023)



Fonte: elaborazioni su SIOSS (estrazione dati al 30.11.2024)

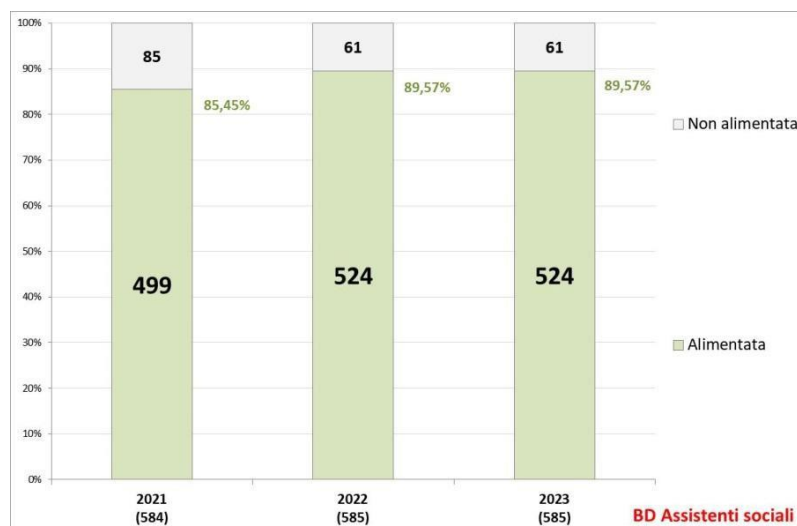
5.2. Andamento delle assunzioni degli assistenti sociali a tempo indeterminato

Ai sensi del comma 797 dell'art. 1 della L. 178/2020 il Fondo povertà è stato individuato quale risorsa per il finanziamento degli incentivi per le assunzioni di assistenti sociali a tempo indeterminato da parte dei servizi pubblici e per il conseguimento del relativo LEPS³¹²⁹. Nel triennio 2021-2023, l'alimentazione della Banca dati Assistenti sociali da parte degli ATS ha visto un incremento tra la prima e la seconda annualità (+25 ATS), mentre è rimasta stabile nella terza annualità, raggiungendo quasi il 90% del totale degli ATS (Fig.5.4). È plausibile ipotizzare che gli ATS non rispondenti (61 ATS nelle ultime due annualità) abbiano ritenuto inutile l'alimentazione a fronte di un rapporto assistenti sociali a tempo indeterminato superiore a quello richiesto per accedere al contributo (cioè maggiore di 1:6.500). Questa mancata alimentazione riduce così purtroppo la possibilità di disporre di un indicatore completo e affidabile per poter rilevare l'andamento della componente più stabile degli assistenti sociali nel triennio.

³¹ Cfr. Piano nazionale degli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023.

Fig.5.4. Andamento dell'alimentazione della Banca dati Assistenti sociali nel triennio 2021-2023

Fonte: elaborazioni su compilazione rilevazione finalizzata al contributo assistenti sociali



L'analisi effettuata sugli ATS che hanno collaborato alla rilevazione fornisce quanto riportato nella Tab. 5.5, in cui si evince un incremento degli assistenti sociali occupati a tempo indeterminato costante nel triennio che riguarda tutte le regioni, anche se, per alcune di esse, rimane un dato sottodimensionato. Effettuando **il confronto tra il 2022 e i 2023** sugli stessi ATS rispondenti ad entrambe le annualità, si registra **un incremento di assistenti sociali a tempo indeterminato misurabile in 808,2 FTE**.

Tab. 5.5.: Andamento degli Assistenti sociali a tempo indeterminato (FTE) nel triennio 2021-2023

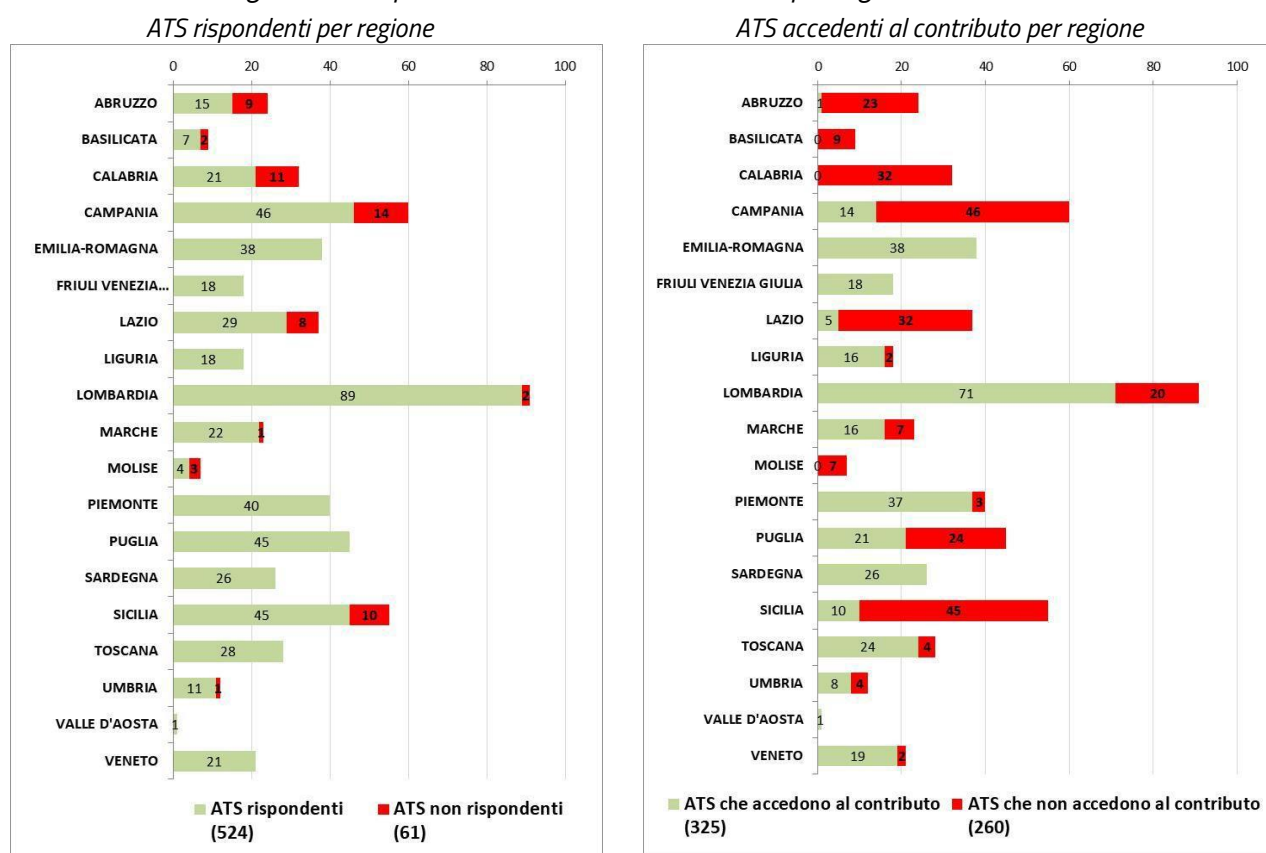
REGIONE	2021	2022	2023
ABRUZZO	34,51	30,68	88,20
BASILICATA	21,78	20,27	29,97
CALABRIA	32,24	53,46	68,72
CAMPANIA	351,73	452,58	560,76
EMILIA-ROMAGNA	1.145,79	1.266,03	1.317,54
FRIULI VENEZIA GIULIA	403,49	421,50	433,46
LAZIO	441,29	633,77	760,82
LIGURIA	370,95	397,04	402,37
LOMBARDIA	1.767,19	2.020,80	2.168,47
MARCHE	204,70	239,62	282,22
MOLISE	3,00	8,00	7,30
PIEMONTE	797,50	875,81	930,67
PUGLIA	382,16	526,84	618,61
SARDEGNA	291,94	457,03	490,98
SICILIA	386,59	405,43	507,32
TOSCANA	530,66	703,52	754,22
UMBRIA	110,58	132,31	153,82
VALLE D'AOSTA	38,68	43,68	55,65

VENETO	905,99	975,00	1.051,75
ITALIA	8.220,77	9.663,37	10.682,85

Fonte: elaborazione sui dati dei Decreti Ministeriali di riparto del contributo assistenti sociali

A **livello regionale**, l'analisi condotta solo **sull'annualità 2023** evidenzia come siano 9 le regioni che registrano una alimentazione completa da parte degli ATS presenti. Altre 3 regioni mancano per poco l'obiettivo, mentre in 7 si caratterizzano per l'assenza di diversi ATS (Fig.6.2.3). Per quanto riguarda l'accesso al contributo, si evidenzia come lo conseguano complessivamente 325 ATS, il 55,6% del totale nazionale. In 4 regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Valle D'Aosta) tutti gli ATS si posizionano sotto il parametro di 1:6.500, mentre in altre 4 regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria e Molise) non è raggiunto da alcun ATS (Fig.5.6).

Fig.5.6. ATS rispondenti e accedenti al contributo per regione (anno 2023)



Fonte: elaborazioni su dati riportati nei Decreti di riparto delle risorse

5.3. Le figure professionali dei servizi sociali

A prescindere dalla forma gestionale assunta nei diversi territori, gli interventi e i servizi sociali sono forniti sempre più da operatori appartenenti ad una gamma piuttosto variegata di profili professionali. Accanto all'assistente sociale si affiancano l'educatore, l'animatore, l'assistente domiciliare, lo psicologo e ulteriori altre figure che compongono oggi l'organico degli ATS. L'intento di questo paragrafo è quello di

provare a rappresentare, con i dati attualmente disponibili su SIOSS³², la consistenza e la composizione di questa varietà, la loro forma di contrattualizzazione (interna o esterna agli enti titolari della funzione socioassistenziale), le tipologie di rapporto di lavoro per i dipendenti degli enti titolari.

I valori si riferiscono a dati di stock relativi alla situazione dell'aggregato regionale/provinciale presente al 31.12.2023. Si precisa che l'analisi, avendo l'alimentazione della banca dati raggiunto l'81,1% degli ATS, è da ritenersi incompleta a livello nazionale e per quelle regioni in cui gli ATS rispondenti non rappresentano la totalità di quelli esistenti (si tratta di 9 regioni su 19). L'attendibilità dei valori nel caso di compilazione completa da parte degli ATS appare poi favorita dai meccanismi di verifica e controllo attivati dagli stessi ATS e, in alcuni casi, dalle stesse Regioni.

Pur con questi limiti, gli operatori che, nei 495 ATS alimentanti il SIOSS, offrono interventi e servizi sociali raggiungono il valore di **76.000 unità**. Convertendo questo valore in operatori a tempo pieno equivalente otteniamo un totale di **52.000 unità**. Si tratta a livello nazionale della presenza di circa un operatore FTE ogni mille residenti. La scomposizione per **regione** di questo indicatore (Fig.5.7) ci restituisce un'elevata eterogeneità territoriale: raggiunge il picco massimo in Trentino (10,35) e quello minimo in Calabria (0,25), differenza che si può esprimere anche affermando che nella provincia trentina ci sono, rispetto alla popolazione residente, 40 volte più operatori che in Calabria³³. Accanto a queste differenze inter-regionali, come si evince dalla georeferenziazione per ATS dell'incidenza del totale degli operatori sulla popolazione residente, in alcune sono evidenti anche profonde variazioni intra-regionali.

Per circa l'80% si tratta di operatori di sesso femminile, mentre per quanto concerne l'età ben oltre il 75% ha un'età superiore ai 35 anni. Osservando la suddivisione per **profilo professionale** (Fig.5.8), le differenze territoriali riaffiorano nuovamente. Considerando anche solo le dieci regioni e le due province autonome che vantano la totalità degli ATS rispondenti, si riscontrano composizioni di operatori molto disomogenee tra loro. Gli assistenti sociali raggiungono il 57% del totale operatori in Calabria, mentre nella provincia di Bolzano e in Valle d'Aosta superano di poco il 5%. Pure nelle altre regioni difficilmente gli assistenti sociali sono il corpo professionale prevalente. Accanto ad essi molto diffusi negli ATS sono gli educatori (nelle Marche superano ampiamente la metà degli operatori) e le diverse tipologie di assistenti domiciliari e residenziali (Operatore Socio- Sanitario, Operatore Tecnico-Assistenziale, Assistenti di base). Meno numerosi, ma comunque presenti, ci sono poi i profili di psicologo (in Basilicata supera addirittura il 20% del totale degli operatori), mediatore culturale o operatore interculturale, sociologo, pedagogista. Una quota non irrilevante è inserita anche nella categoria residuale "Altro" che include

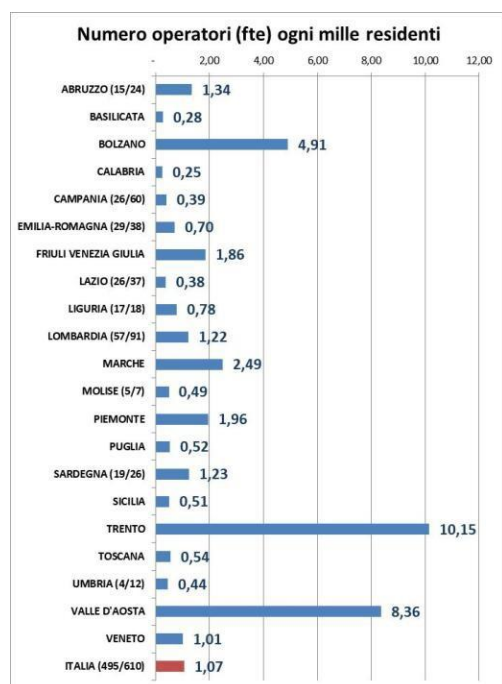
³² L'allegato 7 – Banca dati delle professioni e degli operatori sociali – raccoglie informazioni aggregate a livello di ambito territoriale e sono riferite a tutti gli enti che nel territorio di competenza, indipendentemente dall'esercizio singola o associata, sono titolari della funzione socioassistenziale (Art. 7, c. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n°103/2019).

³³ Si precisa che i dati sono ponderati per i soli ATS rispondenti. Per questo calcolo si è ritenuto più affidabile il dato delle persone e non quello del tempo pieno equivalente (FTE).

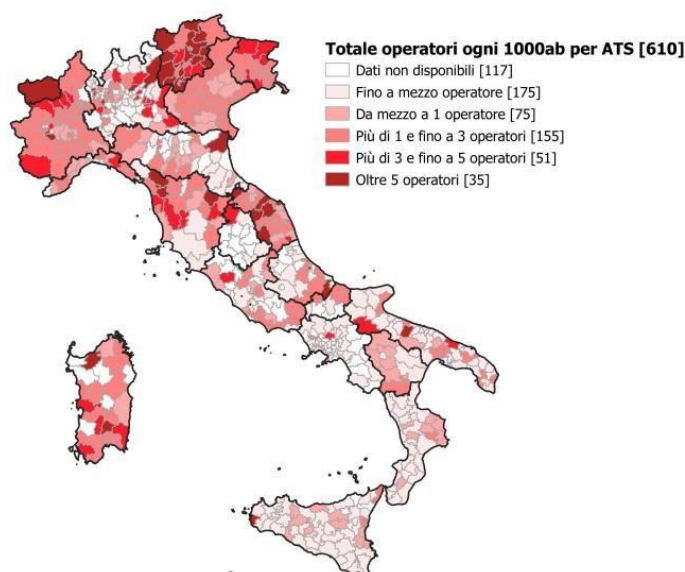
profili più specifici e, probabilmente in modo inesatto rispetto a quanto specificato nel Decreto ministeriale, pure figure amministrative.

Fig.5.7. incidenza totale operatori (teste) occupati nei servizi sociali degli ATS su popolazione residente

Dati per regione/provincia autonoma
(2023)



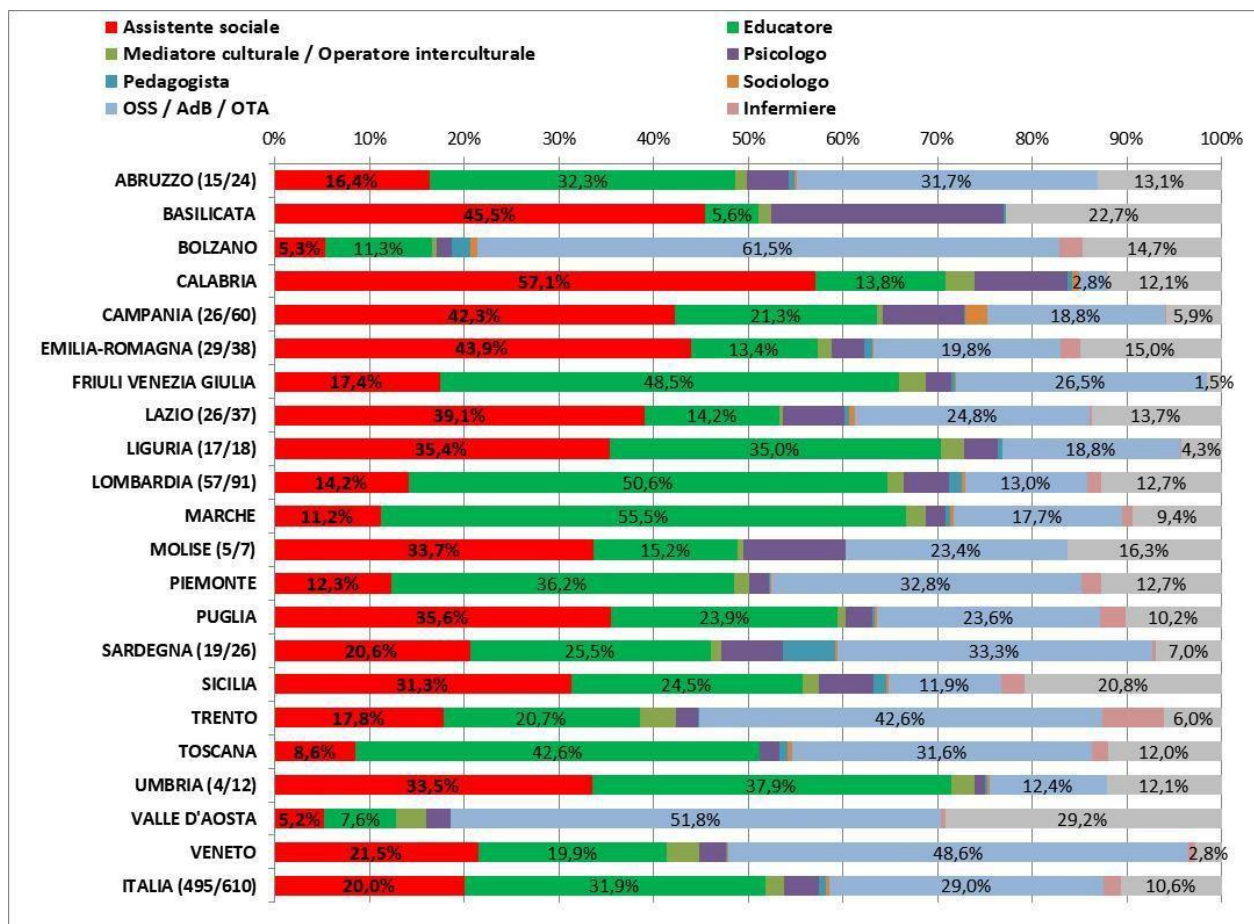
Dati per ATS (2023)



Fonte: elaborazione su dati SIOSS (estrazione 30/11/2030) e dati Demo.ISTAT

Fig.5.8. Percentuali dei diversi profili di operatori sociali (teste) occupati nei servizi sociali degli ATS per regione/provincia autonoma (2023)

Fonte: elaborazione su dati SIOSS



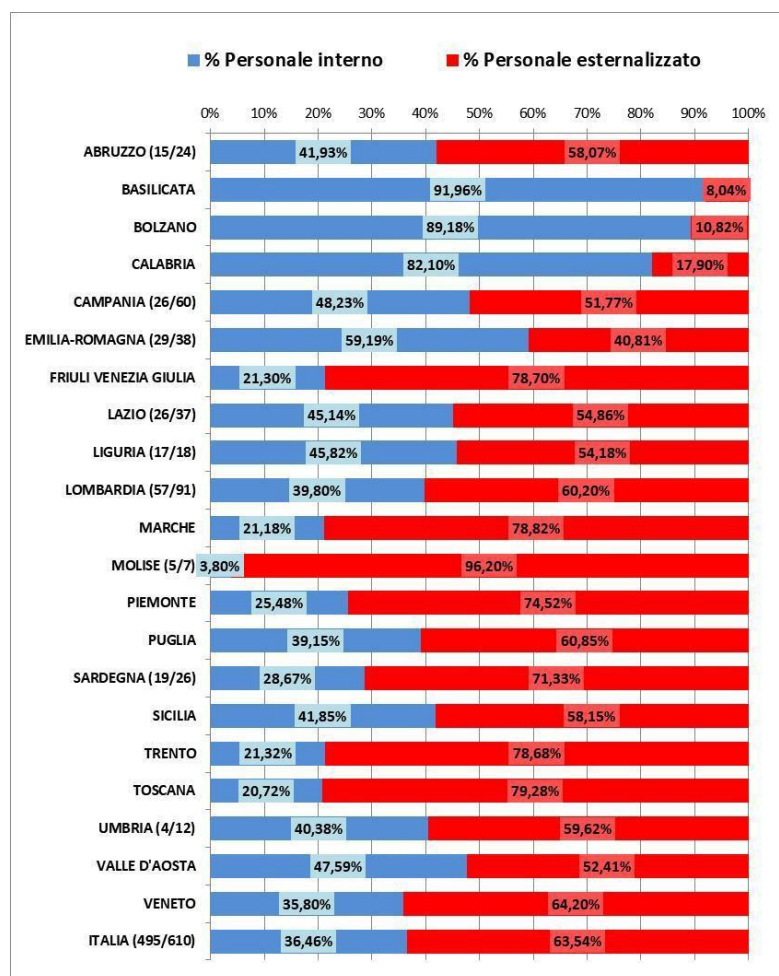
Nelle regioni in cui non vi è stata una completa alimentazione della banca dati, sono riportati tra parentesi i numeri di ATS che hanno risposto rispetto al totale presente.

Se si suddividono gli operatori a seconda dell'ente datore di lavoro³⁴, ovvero se si contabilizzano gli operatori contrattualizzati dall'ente titolare della funzione socioassistenziale³⁵ (personale interno) o dipendente da enti esterni (di solito cooperative sociali) ai quali è stato affidato il servizio, si rileva una generalizzata prevalenza di operatori esternalizzati (tranne in poche regioni come Basilicata, Calabria e la provincia di Bolzano). In 4 regioni e in una provincia autonoma (Toscana, Piemonte, Marche, Friuli Venezia Giulia e Trentino) la componente esternalizzata sfiora addirittura l'80% del totale degli operatori (Fig.5.9). I profili professionali più esternalizzati sono quelli di educatore e OSS/OTA/AdB con valori che raggiungono o sfiorano il 100% della loro categoria.

³⁴ Gli esiti della ripartizione per datore di lavoro differiscono leggermente se effettuata considerando gli operatori a tempo pieno equivalente (FTE). Si è ritenuto di impiegare il valore delle teste in quanto appare maggiormente affidabile.

³⁵ In questa categoria rientrano non solo i dipendenti a tempo indeterminato e determinato, ma anche il personale assunto con agenzia per il lavoro (interinali) e il personale contrattualizzato a partita IVA.

Fig.5.9. Incidenza % di operatori (teste) occupati secondo il datore di lavoro nei servizi sociali degli ATS delle regioni/province autonome (2023)



Fonte: elaborazione su dati SIOSS

5.4. Il personale amministrativo a supporto del Servizio Sociale Professionale

Accanto alle figure professionali sopra descritte, negli ATS opera a supporto del Servizio Sociale Professionale anche il personale amministrativo. Il paragrafo presenta un'analisi esplorativa dei dati resi disponibili dall'allegato 4 del SIOSS che raccoglie per ATS il monte ore dedicato dal personale amministrativo a supportare il SSP. Anche in questo caso i valori si riferiscono a dati di stock relativi alla situazione dell'aggregato regionale/provinciale presente al 31.12.2023.

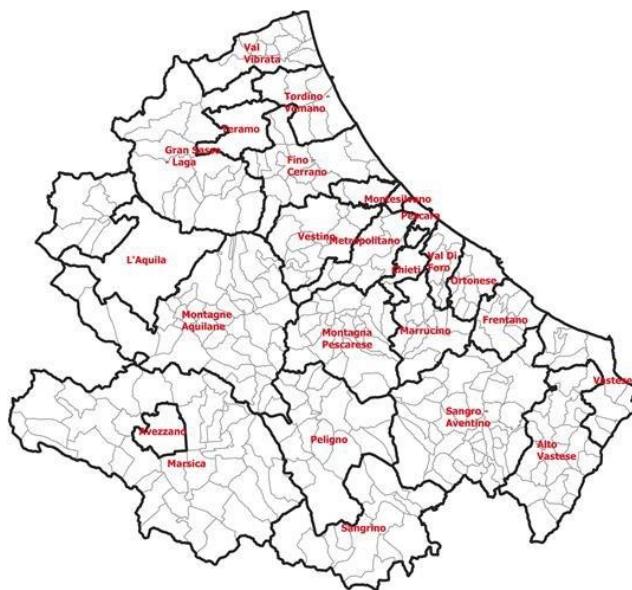
Il dato aggregato nazionale - relativo ai 520 ATS (equivalenti all'85,24% del totale) che hanno compilato la cella dedicata al "Monte ore settimanale svolto complessivamente dal personale amministrativo/tecnico a supporto del lavoro sociale professionale" – assomma **4.172 operatori amministrativi a tempo pieno equivalente**.

Parte seconda: Report regionali³⁶

³⁶ Il numero dei Comuni per ATS riportati nelle tabelle iniziali è quello risultante dal database Anagrafe degli ambiti territoriali del SIOSS confrontato con il dato fornito dal sito di Demo.ISTAT alla data del 31.12.2023. Si segnala che, in alcune regioni (Lombardia, Veneto), nel corso del 2024 sono stati istituiti dei nuovi Comuni quali esiti di fusioni (per maggiori dettagli si rinvia alla pagina delle *Variazioni amministrative e territoriali dei comuni dal 1991* al seguente indirizzo: <https://situas.istat.it/web/#/home/in-evidenza?id=129&dateFrom=1991-01-01>). Il numero di abitanti aggregato per ATS è frutto di una estrazione dei dati per Comune dal sito Demo.ISTAT nel corso del mese di novembre 2024 ed è aggiornato al 1° gennaio 2024.

Abruzzo

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Alto Vastese	21	19.152
Avezzano	1	40.881
Chieti	1	48.585
Fino - Cerrano	14	63.369
Frentano	9	59.667
Gran Sasso - Laga	13	21.512
L'Aquila	1	69.902
Marrucino	12	28.688
Marsica	34	82.217
Metropolitano	12	70.467
Montagna Pescara	22	39.087
Montagne Aquilane	42	33.812
Montesilvano	1	53.565
Ortonese	7	32.781
Peligno	17	43.788
Pescara	1	118.634
Sangrino	13	16.638
Sangro - Aventino	37	46.487
Teramo	2	58.923
Tordino - Vomano	6	74.928
Val Di Foro	8	57.331
Val Vibrata	12	80.419
Vastese	9	78.505
Vestino	10	30.625
REGIONE ABRUZZO	305	1.269.963



Popolazione media per ATS: 52.915 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 101.996

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema dei servizi sociali nel territorio abruzzese si articola in **24 Ambiti Distrettuali Sociali (ADS)** comprendenti un numero piuttosto variabile di Comuni (da 1 a 42), aventi dimensione demografica generalmente ridotta (tranne Pescara, sono tutti inferiori ai 100mila abitanti). Gli ADS sono regolamentati secondo le modalità previste dal decreto legislativo 267/2000. Di questi, 13 sono gestiti tramite una Convenzione (art. 30 TUEL 267/2000), 5 sono Ambiti mono-comunali (Avezzano, Chieti, L'Aquila, Pescara e Montesilvano caratterizzata dalla presenza dell'Azienda Speciale per i Servizi alla Persona) e 6 Unioni di Comuni (Gran Sasso-Laga, Marsica, Montagne Aquilane, Sangro-Aventino, Val Vibrata, Tordino-Vomano).

Quadro Normativo

La normativa regionale sui servizi sociali nella Regione Abruzzo ha come riferimento la **Legge Regionale n. 22/1998**. La riorganizzazione dell'assetto degli Ambiti è avvenuta inizialmente con il Piano Sociale Regionale 2016-2018, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 70/4 del 09 agosto 2016. con cui si è proceduto a ridefinire i 35 Enti di Ambito Sociale (EAS) previsti dalla L.R. 22/1998 (1° PSR 1998-2000) negli attuali 24 Ambiti Distrettuali Sociali (ADS).

Contenuti Specifici delle Norme Regionali

Gli ADS rappresentano l'unità territoriale di riferimento per la programmazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sociali a livello locale. La citata Deliberazione del Consiglio Regionale dell'Abruzzo n. 70/4 del 9 agosto 2016, con cui è stato approvato il Piano Sociale Regionale 2016-2018, ha svolto un ruolo fondamentale nella loro definizione, fornendo una base amministrativa e operativa per la gestione territoriale dei servizi sociali e sociosanitari. La ridefinizione del numero complessivo degli Ambiti, passati da 35 a 24, ha consolidato un sistema regionale di welfare più efficace e rispondente alle esigenze specifiche delle comunità locali grazie ad una maggiore integrazione tra i servizi sociali e sociosanitari attraverso una più puntuale corrispondenza territoriale degli ADS con i Distretti Sanitari di Base.

Forme e Strumenti di Incentivazione

Gli ADS rappresentano il pilastro centrale per la governance e l'erogazione dei servizi sociali sul territorio. Tuttavia, nel contesto abruzzese, **non esistono incentivi specifici o premi economici** per favorire la gestione associata.

Coincidenza Territoriale degli Ambiti

A fronte di 24 ADS, la Regione Abruzzo è suddivisa, sul versante sanitario, in 4 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e 20 aree distrettuali e, sul versante lavoro, in 15 CPI, per cui non si ha una perfetta coincidenza territoriale con i Distretti Sanitari e Centri per l'Impiego (CPI). Con la DGR n. 78/2017 la Regione Abruzzo ha consentito alle ASL di creare aree distrettuali che hanno determinato l'accorpamento dei distretti di L'Aquila e Pescara.

Governance Regionale

Il Dipartimento Sociale - Enti Locali - Cultura, attraverso il Servizio Programmazione Sociale, svolge un ruolo chiave nella pianificazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali alla persona. In Regione Abruzzo le deleghe alle politiche sociali, alla salute e al lavoro sono affidate a tre assessorati differenti. Un elemento centrale di questa struttura organizzativa è rappresentato dalla Cabina di Regia, istituita con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 735 del 29 novembre 2019 e successivamente ampliata con la Determinazione Dirigenziale n. DPG022/152 del 22 giugno 2021, al fine di includere rappresentanti delle università, delle istituzioni e del terzo settore. In Regione Abruzzo le deleghe alle politiche sociali, alla salute e al lavoro sono imputate a tre assessorati differenti. La Cabina di Regia allargata agisce come un organismo di coordinamento e di co- programmazione sociale a livello regionale, assicurando la condivisione tematica e l'indirizzo strategico nella definizione delle politiche sociali. Questo approccio partecipativo garantisce il coinvolgimento attivo di diversi attori del territorio, favorendo una pianificazione sociale integrata e modulare.

La **programmazione sociale 2022-2024 (Piano Sociale Regionale 2022-2024)** si ispira agli indirizzi nazionali in materia di presa in carico multidimensionale e di progettazione assistenziale ed educativa individualizzata. Essa tiene conto del contesto socioeconomico e lavorativo regionale, nonché degli ambiti territoriali, assicurando una governance efficace dei processi e delle reti sociali. Gli ADS svolgono un ruolo fondamentale in questo sistema, collaborando con attori istituzionali dei settori sociosanitari,

dell'istruzione, della scuola, della giustizia, del privato sociale e del Terzo Settore.

Un punto cardine di questa programmazione è rappresentato dal **monitoraggio** e dalla **valutazione**, che sono considerati processi dinamici e imprescindibili per:

- rimodulare il sistema di programmazione delle politiche sociali territoriali.
- valutare l'effettiva implementazione delle politiche disegnate a livello regionale.
- incidere concretamente sulla realizzazione dei servizi e degli interventi previsti.

La Cabina di Regia, oltre a promuovere e condividere le linee di indirizzo, guida la programmazione strategica e la definizione del Piano Sociale Regionale 2022-2024, configurandosi come un punto di raccordo tra istituzioni, Terzo Settore e altri attori territoriali. L'obiettivo è costruire un sistema di interventi integrati che risponda alle reali esigenze del territorio, promuovendo la partecipazione attiva delle reti sociali attraverso la co-programmazione e la co-progettazione.

Governance Territoriale

Gli ADS sono coordinati dall'**Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale (ECAD)**, che svolge una funzione centrale nella gestione e nell'organizzazione dei servizi sociali. L'ECAD assicura la regia dei processi istituzionali, agendo come punto di riferimento per la pianificazione e l'implementazione delle politiche sociali sul territorio. Attraverso il supporto diretto dell'Ufficio di Piano, l'ECAD esercita le funzioni di coordinamento unitario dei servizi, garantendo una gestione efficiente e integrata. Tale modello organizzativo permette di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, controllare la spesa e mantenere un dialogo costante con i cittadini e il Terzo Settore. L'adozione di assetti flessibili e funzionali consente all'ECAD di rispondere efficacemente alle esigenze territoriali, promuovendo servizi sociali inclusivi e sostenibili.

Pianificazione Regionale e Territoriale

Il **Piano Sociale Regionale** 2022-2024 si pone come strumento regionale per la programmazione strategica e integrata, in cui vengono gestite e messe a sistema le risorse finanziarie comunitarie, nazionali e regionali, fornendo indirizzi e stimoli, favorendo forme di coordinamento del sistema dei servizi e delle politiche sociali, sociosanitarie, lavorative, dell'istruzione, abitative.

Il **Piano Sociale di Ambito Distrettuale** rappresenta uno strumento fondamentale per la pianificazione e la gestione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari da parte dei Comuni, adottando un approccio unitario su scala distrettuale. Le modalità di avvio e di realizzazione del processo programmatico per la predisposizione del Piano Distrettuale Sociale sono state definite entro 60 giorni dall'approvazione del Piano Sociale Regionale 2022-2024, attraverso un apposito atto di Giunta Regionale. Tale atto definisce gli indirizzi applicativi e gestionali del Piano Distrettuale Sociale, corredato dalle Linee Guida, dalla Convenzione per l'integrazione sociosanitaria e dal formulario operativo. Un ruolo centrale nella formazione, attuazione e verifica del Piano Distrettuale Sociale è svolto dal Gruppo di Piano, uno strumento operativo istituito dal Sindaco o dalla Conferenza dei Sindaci, con una durata coincidente con quella del Piano stesso. Questo organismo favorisce la partecipazione e il coinvolgimento delle diverse realtà presenti nell'Ambito Distrettuale. I suoi compiti principali includono:

- la stesura del Piano Distrettuale Sociale;
- la valutazione degli interventi e delle politiche implementate.

Il Gruppo di Piano è composto da una rappresentanza ampia e diversificata, che include:

- rappresentanti politici e tecnici degli enti locali;
- esponenti della comunità locale (volontariato, cooperative, associazioni, fondazioni, ecc.), individuati anche tramite avvisi pubblici;
- rappresentanti di istituzioni centrali e locali (Prefettura, Provincia, Aziende Pubbliche dei Servizi alla Persona, Istituzioni scolastiche, ecc.);
- enti specifici come il Centro di Giustizia Minorile e l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, specie in presenza di strutture detentive;
- almeno due rappresentanti delle Aziende USL e del distretto sanitario, per coordinare gli aspetti di integrazione sociosanitaria.

La predisposizione del Piano Distrettuale Sociale è articolata in fasi distinte, sotto la guida politica e amministrativa del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci, che assicurano l'attuazione delle funzioni previste.

Il Bilancio Sociale di Ambito rappresenta lo strumento di comunicazione e rendicontazione del grado di realizzazione dei Piani Distrettuali Sociali. Costituisce un fondamentale strumento di trasparenza e dialogo tra le istituzioni, i cittadini e il privato sociale, evidenziando i risultati ottenuti in termini di:

- Servizi aggiuntivi erogati.
- Incremento occupazionale.
- Miglioramento della coesione sociale.

Ogni Ambito Distrettuale Sociale è tenuto a redigere annualmente il proprio Bilancio Sociale, che viene pubblicato sul sito internet dell'Osservatorio Sociale Regionale, nonché sui siti dell'ECAD e dei Comuni dell'Ambito, garantendo un'informazione chiara e accessibile sull'impatto effettivo degli interventi e delle risorse impiegate.

Assetto Organizzativo dell'Ufficio di Piano

Gli Uffici di Piano sono istituiti presso gli ECAD. I Piani Distrettuali Sociali possono prevedere di destinare fino al 10% delle somme complessive previste alla copertura delle spese necessarie per il funzionamento dell'Ufficio di Piano.

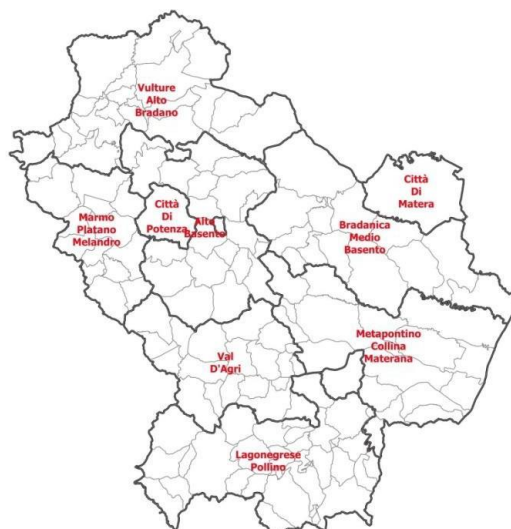
Assetto Organizzativo del Servizio Sociale Professionale

È lasciata agli ADS, all'ECAD ed ai Comuni la scelta sulle modalità organizzative circa il servizio sociale di Ambito. Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:8.954 abitanti³⁷ (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024).

³⁷ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 15 sul totale di 24.

Basilicata

COD_ATS	DENOMINAZIONE ATS	N° comuni	N° abitanti (1.1.2024)
bas_1	Alto Basento	20	47.538
bas_2	Bradana Medio Basento	13	55.440
bas_3	Città Di Matera	1	59.620
bas_4	Città Di Potenza	1	64.119
bas_5	Lagonegrese Pollino	27	62.041
bas_6	Marmo Platano Melandro	14	42.265
bas_7	Metapontino Collina Materana	17	75.068
bas_8	Val D'Agri	19	40.386
bas_9	Vulture Alto Bradano	19	87.159
BASILICATA		131	533.636
Media abitanti x ATS			59.293
Rango (diff Max-Min)			46.773



Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema lucano dei servizi sociali si articola in 9 Ambiti territoriali di dimensione demografica piuttosto ridotta (tutti inferiori ai 90mila abitanti). Dei 9 ATS presenti, 2 (Potenza e Matera) sono città mono-comunali, nelle quali il confine amministrativo dell'ambito coincide con quello del comune. I restanti 7 ambiti gestiscono i servizi sociali territoriali tramite Convenzione (art. 30 del TUEL 267/2000).

Il quadro normativo

La Regione Basilicata ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali in attuazione della legge-quadro 328/2000 con la **legge regionale 14 febbraio 2007**, n. 4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa individua l'**Ambito Socio-Territoriale** come un'area omogenea del territorio regionale, coincidente con il distretto sociosanitario e, a seguito del riordino delle comunità montane, con l'ente istituzionale intermedio sovracomunale (art. 12, c. 1, L.R. 4/2007). È previsto un obbligo specifico in materia di associazionismo tra Comuni, individuando nella **convenzione** lo strumento specifico di esercizio (art. 12, c. 2, L.R. 4/2007).

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La normativa regionale prevede forme di incentivazione relative alla "realizzazione, anche a titolo sperimentale, di modelli di innovazione amministrativa, organizzativa e gestionale." (art. 13, c. 2, L.R. 4/2007), ma si tratta di un'indicazione generale, mai concretamente attuata.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La coincidenza territoriale degli ambiti con i distretti prevista dalla norma non è rispettata. Le ASL in Basilicata, infatti, sono 2, con un totale di 6 Distretti Sanitari. Lo stesso non avviene per gli ambiti territoriali delle politiche per il lavoro, la cui articolazione amministrativa e territoriale resta significativamente differente rispetto a quella dei servizi sociali, nonostante le previsioni normative più volte richiamate anche in sede di programmazione regionale. I CPI della Regione Basilicata sono 15, variamente articolati tra sedi centrali e sedi secondarie, territorialmente non coincidenti con l'articolazione degli ATS.

La governance regionale

La programmazione sociale è attribuita alla competenza della **Direzione generale per la salute e le politiche della persona - Ufficio Sistemi di Welfare**, presso l'Assessorato regionale alla salute e politiche della persona. Il **Tavolo Regionale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale** è stato istituito con DGR 7 luglio 2023, n. 413 e si riunisce periodicamente, ogni sei mesi circa, ed è composto da:

- Assessore alla Salute e Politiche della Persona;
- Assessore allo Sviluppo economico, il Lavoro e i Servizi alla Comunità;
- Direttore Generale, o suo delegato, della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona;
- Direttore Generale, o suo delegato, della Direzione Generale per lo Sviluppo Economico, il Lavoro e i Servizi alla Comunità;
- Dirigente, o suo delegato, dell'Ufficio Programmazione e attuazione delle Politiche di Coesione. Statistica - Regione Basilicata
- Presidente, o suo delegato, dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Basilicata;
- Sindaci, o delegati, per ognuno dei Comuni capofila degli Ambiti Socio Territoriali;
- Coordinatori degli Uffici di Piano o Responsabili degli Uffici Sociali dei Comuni Capofila degli Ambiti Socio Territoriali;
- Direttore Regionale, o suo delegato, dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) di Basilicata;
- Direttore generale, o suo delegato, dell'Agenzia Regionale Lavoro Apprendimento Basilicata (ARLAB)

La governance territoriale

La normativa regionale prevede l'istituzione della Conferenza Istituzionale, composta dai Sindaci dei Comuni afferenti all'Ambito, cui spetta il compito di definire l'assetto organizzativo e funzionale dell'Ufficio del Piano Sociale. Alla Conferenza partecipano, a titolo consultivo, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio o suo delegato e un amministratore della Provincia o suo delegato.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La normativa regionale prevede la definizione di un **Piano regionale della Salute e dei Servizi alla Persona** (art. 15 L.R. 4/2007), l'ultimo dei quali è stato approvato nel 2017 (DGR 26 luglio 2017, n. 778) per il periodo 2018-2020. Attualmente sono in discussione le Linee guida per la stesura del nuovo Piano regionale. Per quanto concerne l'integrazione sociosanitaria, il documento contiene qualche indicazione in ordine ai servizi sociosanitari, ma in un contesto programmatico prevalentemente sanitario, con pochi riferimenti al sociale. Per quanto concerne l'integrazione con le politiche per il lavoro, poche indicazioni

sono contenute nel Piano regionale per gli interventi e i servizi di contrasto alla povertà 2018-2020 (DGR 31 agosto 2018, n. 880) e nei successivi atti di programmazione regionale in materia. La legge regionale 4/2007 prevede che i Comuni adottino un **Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari** (art. 16 l.r. 4/2007), ma la programmazione territoriale non è costante. Ad oggi tutti gli ATS (tranne Potenza) hanno presentato un documento di programmazione relativo al periodo 2019-2021; Potenza ha presentato un Piano 2022-2024. Quasi tutti gli ATS hanno presentato il PAL, lo strumento di programmazione degli interventi in materia di contrasto alla povertà.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Tutti gli ambiti territoriali hanno un ufficio di piano, la cui direzione è affidata ad un coordinatore tecnico, individuato e nominato nel rispetto delle procedure selettive e dei criteri indicati dalla Regione. La composizione minima prevede, oltre la figura del coordinatore, quella del responsabile della programmazione e del monitoraggio e quella del responsabile gestione tecnica-amministrativa-finanziaria (questi ultimi due possono essere la stessa persona). Per il Coordinatore è prevista la qualifica dirigenziale o l'attribuzione ad un funzionario di posizione organizzativa, con diversi profili professionali (psicologo, assistente sociale, figure giuridico-amministrative). L'ufficio di piano è allocato presso il Comune capofila dell'Ambito. Nel 2016 la Regione ha provveduto a pubblicare un Avviso Pubblico per la formazione dell'elenco unico regionale degli idonei alla nomina a coordinatore degli uffici del piano sociale.

L'assetto organizzativo del Servizio Sociale Professionale

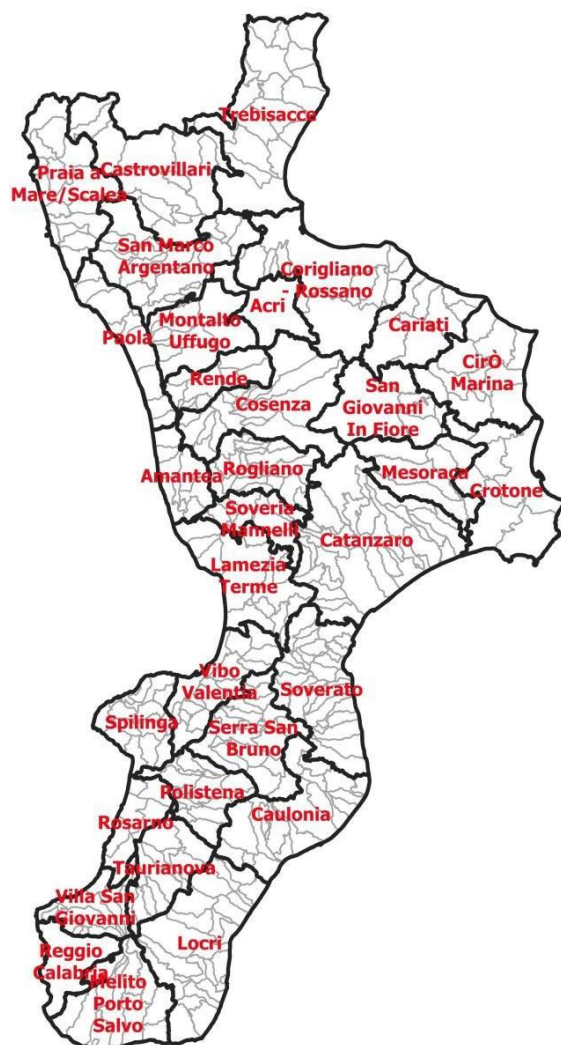
La normativa nazionale in materia di livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del servizio sociale professionale su scala di ambito. In Basilicata tale previsione **non è ancora del tutto attuata**. Non è previsto un coordinatore unico del servizio sociale professionale su scala di Ambito, con articolazioni comunali del servizio non del tutto coordinate su scala di ambito.

È prevista la cartella sociale informatizzata a livello comunale nell'ambito del sistema informativo sociale regionale ma, al momento, non è ancora pienamente utilizzata per problemi di applicazione della normativa sulla privacy. La supervisione è stata introdotta di recente con le previsioni normative (FNPS e PNRR) ma siamo alle prime battute. L'ente titolare dei rapporti di lavoro con gli assistenti sociali è il comune. I Comuni gestiscono in modo diretto il servizio, a titolarità dei singoli comuni, fatta eccezione che per un Ambito, nel quale il servizio è esternalizzato. Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:14.498³⁸ (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024).

³⁸ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 7 sul totale di 9.

Calabria

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
ACRI	2	20.697
AMANTEA	9	27.463
CARIATI	7	14.753
CASTROVILLARI	13	45.404
CATANZARO	31	152.256
CAULONIA	19	62.889
CIRÒ MARINA	11	35.419
CORIGLIANO-ROSSANO	11	96.457
COSENZA	14	109.801
CROTONE	7	97.299
LAMEZIA TERME	12	104.669
LOCRI	23	59.748
MELITO PORTO SALVO	11	36.222
MESORACA	5	24.536
MONTALTO UFFUGO	9	50.758
PAOLA	9	47.637
POLISTENA	13	38.514
PRAIA A MARE/SCALEA	15	56.370
REGGIO CALABRIA	1	169.795
RENDE	9	66.781
ROGLIANO	19	24.475
ROSARNO	7	67.032
SAN GIOVANNI IN FIORE	5	20.185
SAN MARCO ARGENTANO	15	43.588
SERRA SAN BRUNO	19	28.383
SOVERATO	28	68.523
SOVERIA MANNELLI	9	15.194
SPILINGA	16	47.779
TAURIANOVA	10	39.167
TREBISACCE	17	50.275
VIBO VALENTIA	15	74.402
VILLA SAN GIOVANNI	13	41.679
REGIONE CALABRIA	404	1.838.150



Popolazione media per ATS: 57.442 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 155.042

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema calabrese dei servizi sociali è suddiviso in **32 Ambiti Territoriali**. Tra questi, uno (Reggio Calabria) è un Ambito mono-comunale. I **Consorzi**, regolati dall'art. 31 del TUEL 267/2000, sono 2. I restanti 29 Ambiti gestiscono i servizi sociali territoriali tramite Convenzione, come previsto dall'art. 30 del TUEL 267/2000.

Il quadro normativo

La Regione Calabria ha regolamentato la gestione associata dei servizi sociali, in conformità alla Legge quadro 8 novembre 2000, n. 328, attraverso la **Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23**, intitolata

"Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)". Questa legge è stata successivamente modificata e integrata dalle Leggi Regionali 5 ottobre 2007, n. 22 e 18 luglio 2008, n. 24.

La **gestione associata** è inoltre disciplinata dal **Regolamento regionale n. 22/2019**, intitolato "Procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità", in attuazione della Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23.

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa regionale (Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23) stabilisce che **i Comuni sono responsabili delle funzioni amministrative relative agli interventi sociali a livello locale** e partecipano alla programmazione regionale. Queste funzioni sono esercitate adottando, a livello territoriale, gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dal [D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267 \(T.U.E.L.\)](#). Non è previsto, secondo la norma regionale, un obbligo specifico di associazionismo tra Comuni, ma il Regolamento 22/2019 allegato alla D.G.R. 503/2019, all'articolo 28, stabilisce che **ogni ambito intercomunale deve essere formalmente costituito secondo le forme e le modalità previste dalla normativa vigente**, in particolare dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, dalla legge regionale n. 23/2003 e s.m.i., e dal "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali" di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, e successive modifiche e integrazioni.

Il predetto Regolamento stabilisce, inoltre, che il Comune capo Ambito è delegato dai Comuni dell'Ambito a tutte le attività relative alle procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socioassistenziali a ciclo residenziale e semiresidenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità.

La Conferenza dei Sindaci dei Comuni associati a ciascun Ambito territoriale, ai sensi dell'art 4 del Regolamento 22/2019, individua e propone alla Regione la nomina del Comune Capo Ambito, delegato per l'esercizio associato delle funzioni di cui all'art.13 della legge regionale 26 novembre 2003, n.23. In caso di mancata attuazione degli adempimenti previsti nel predetto Regolamento (art. 29, c. 2), la Giunta Regionale nomina in via sostitutiva un commissario ad acta.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La Legge regionale (Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23), all'art. 11, c. 2., lett. b), prevede **incentivi a favore degli Enti locali che si associano, secondo le forme previste dalla normativa vigente**, per l'espletamento dell'esercizio associato delle funzioni sociali negli ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie e, a tal fine, viene prevista una quota del Piano regionale, senza però entrare nel merito della quantità e tipologia delle risorse, e degli atti o programmazioni entro cui prevedere le forme e gli strumenti dell'incentivazione. Fino ad oggi, il dispositivo di incentivazione non è stato attivato.

La Regione, d'intesa con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed il supporto della Banca Mondiale, al fine di rafforzare il sistema integrato dei servizi sociali a livello di Ambito territoriale, nel febbraio 2022 ha avviato un percorso **sperimentale per la creazione di un'Azienda speciale consortile**,

ai sensi degli articoli 31 e 114 del D.lgs. 267/2000 (T.U.E.L.). A questa sperimentazione partecipano **tre Ambiti territoriali sociali**, selezionati tramite Avviso pubblico regionale (approvato con DDG 2511/2022), in base ai criteri stabiliti nella procedura ad evidenza pubblica. Le procedure, gli strumenti e le modalità di realizzazione sono messe a disposizione anche degli altri Ambiti territoriali calabresi.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La **coincidenza territoriale degli Ambiti territoriali sociali con i Distretti sanitari** (il sistema sanitario calabrese è costituito da cinque Aziende Sanitarie Provinciali e quattordici Distretti Sanitari), prevista dalla norma, **non è rispettata** (*fatte salve alcune situazioni in cui i sub-Distretti sanitari coincidono con gli Ambiti, come ad esempio i tre sub-Distretti di Crotona, Mesoraca e Cirò Marina che coincidono con i tre omonimi Ambiti territoriali sociali*). Anche **la coincidenza tra Ambiti territoriali e Centri per l'impiego/servizi per le politiche del lavoro non è rispettata**, in quanto l'articolazione amministrativa e territoriale resta significativamente differente rispetto a quella dei servizi sociali, nonostante le previsioni normative più volte richiamate anche in sede di programmazione regionale (Piano povertà regionale 21-23 adottato con DGR 736/2022). I Centri per l'impiego della Regione Calabria sono 14 (DGR n. 52 del 18 febbraio 2022 "Rete Regionale dei Centri per l'Impiego e Linee di indirizzo per lo sviluppo dei punti di accesso di prossimità") e territorialmente non coincidenti con l'articolazione degli Ambiti territoriali.

La governance regionale

La normativa regionale, all'art. 18 della Legge Regionale 23/2003, stabilisce che **il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali** (attualmente valido per il triennio 2020-2022, adottato con DGR 502/2020 e approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 104/2020) **deve essere adottato dalla Giunta Regionale in accordo con i Comuni, gli Enti e le Associazioni regionali del Terzo settore, le Associazioni di rilievo regionale operanti nel settore dei servizi sociali e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale**. Il Piano viene poi approvato dal Consiglio Regionale, in conformità con il Piano Nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali.

La **Rete regionale della protezione e dell'inclusione sociale**, istituita con DGR 413/2018 (modificata e integrata dalla DGR 278/2018 e dalla DGR 234/2022), ha il compito di coordinare le attività legate alla governance del sistema dei servizi sociali, implementando le azioni legate alla gestione associata. La Rete è composta da:

- Assessore regionale alle politiche sociali che lo presiede;
- Dirigente Generale del Dipartimento Lavoro e Welfare o suo delegato;
- Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari o suo delegato;
- Dirigente del Dipartimento Programmazione Unitaria o suo delegato;
- Dirigente del Dipartimento Istruzione, Formazione e Pari Opportunità o suo delegato;
- Dirigente del Dipartimento Infrastrutture e Lavori Pubblici o suo delegato;
- Un rappresentante dell'ANCI;
- Un rappresentante designato dall'Università della Calabria – Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali;
- Un rappresentante designato dal Forum Regionale del terzo

Settore. La Rete è articolata in tre componenti tecniche denominate:

- Tavolo consultivo per il contrasto alla povertà;
- Tavolo consultivo per le disabilità;

Tavolo consultivo per gli interventi e servizi sociali.

Il **Piano povertà regionale 2021-2023** (adottato con DGR 736/2022), recependo le indicazioni contenute all'art. 21, comma 5, del D.lgs. 147/2017, **prevede che l'organizzazione della governance della Rete di protezione e inclusione sociale, definita a livello regionale, sia applicata a livello di ATS** (al momento non si hanno dati relativi all'attivazione a livello di ATS). Questo comporta la costituzione della Rete territoriale della protezione e dell'inclusione sociale in ogni Ambito territoriale, come forma di governance del sistema degli interventi e servizi sociali, tenendo conto delle specifiche modalità organizzative e di cooperazione locale. A livello regionale, le sedute del Tavolo della Rete di protezione e inclusione sociale rappresentano occasioni di confronto istituzionale e tecnico, particolarmente durante le fasi di elaborazione delle tre principali programmazioni regionali: il Piano sociale, il Piano povertà e il Piano per le non autosufficienze.

La governance territoriale

A livello territoriale, l'organo di governo è il **Coordinamento istituzionale** (comunemente denominato Conferenza, Comitato o Assemblea dei Sindaci), composto da tutti i Sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito o dai loro delegati. Questo organo è responsabile dell'indirizzo e del controllo della programmazione e della gestione degli interventi sociali in forma associata. Nella fase di **programmazione territoriale**, come stabilito dall'art. 20, comma 2, della Legge regionale 23/2003, **i Comuni associati negli Ambiti territoriali, in collaborazione con le Aziende sanitarie, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili e secondo le indicazioni del Piano regionale, a definire il Piano di Zona**. Secondo quanto stabilito dal comma 3, **i Piani vengono adottati mediante accordo di programma**, all'interno del quale vengono definite le azioni in capo all'Ambito e alle Aziende sanitarie provinciali/Distretti sanitari, con particolare riguardo agli interventi e servizi ad integrazione sociosanitaria.

I Comuni, in forma singola o associata, sono titolari della funzione d'indirizzo generale dell'attività dell'ufficio di piano e svolgono almeno i seguenti compiti:

- programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete;
- erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche;
- autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- istituzione di uno sportello unico dei servizi sociali presso i Comuni singoli o associati che abbia funzione di segretariato sociale;
- partecipazione al procedimento per l'individuazione degli Ambiti territoriali;
- elaborazione e adozione, d'intesa con le Aziende sanitarie provinciali, mediante accordo di programma, dei Piani di Zona;
- definizione delle modalità di gestione di tutti i servizi previsti nel Piano Sociale di Zona;
- adozione di tutti i regolamenti unici di ambito;
- istituzione dell'Ufficio di Piano che, come stabilito dall'art. 29 del Regolamento 22 (approvato con DGR 503/2019 e successive modifiche e integrazioni), ha sede presso il Comune capo Ambito dell'ambito territoriale ed è diretto dal responsabile dell'ufficio delle politiche sociali dello stesso Comune capo

Ambito;

definizione dei contenuti degli Accordi di programma e le possibili forme di collaborazione con altre pubbliche amministrazioni e con i soggetti del Terzo settore coinvolti nella realizzazione di specifici interventi.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La Regione Calabria ha realizzato il **primo ciclo di pianificazione territoriale** (Piani di zona) **a cavallo tra gli anni 2021 e 2022**, avviato con DGR 503/2019 e sostanzialmente con il Piano sociale regionale 2020-2022 e le Linee guida per la pianificazione territoriale (approvate con DDG 360/2020).

A livello regionale, il **Piano regionale per il triennio 2020-2022** (adottato con DGR 502/2020 e approvato con Deliberazione del Consiglio regionale 104/2020) **ha coperto un vuoto programmatico lungo 10 anni**.

Il documento programmatico fornisce diverse indicazioni per la riorganizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. Tra queste, il potenziamento delle azioni di sistema, come il rafforzamento del servizio sociale professionale, il trasferimento delle competenze tecnico-amministrative e contabili dall'amministrazione regionale ai Comuni, aggregati in Ambiti territoriali sociali, e l'integrazione tra le politiche sociali, sanitarie e del lavoro, che non sempre vengono concretizzate regolarmente sul piano operativo. **Tutti e 32 gli Ambiti territoriali sociali hanno sviluppato il Piano di zona**, d'intesa con le Aziende sanitarie/Distretti sanitari di riferimento e di concerto con le altre amministrazioni pubbliche e gli organismi del Terzo settore (vedi Tavoli tematici all'interno delle Linee guida regionali per la pianificazione territoriale

– Piani di zona, approvate con DDG 360/2020).

La prolungata assenza di pianificazione territoriale dalla Legge quadro 328/2000 rappresenta un elemento significativo da considerare nella programmazione e progettazione del sistema integrato dei servizi sociali. Diversi Ambiti territoriali mostrano difficoltà nel programmare, regolare il sistema, gestire le attività amministrative connesse e monitorare le azioni implementate, inclusa l'attuazione dei LEPS.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Tutti gli Ambiti territoriali hanno un ufficio di piano, con articolazioni non sempre coerenti con gli indirizzi regionali (di cui al Regolamento 22/2019 e ss.mm. ii allegato alla DGR 503/2019). Nella gran parte dei casi **l'ufficio di piano è istituito presso il comune capofila**, come stabilito dal Regolamento soprarichiamato.

La **composizione interna degli uffici di piano è piuttosto eterogenea** in termini di qualifiche e profili professionali. In alcuni casi, si tratta di funzionari con qualifiche tecniche come assistenti sociali, mentre in altri prevalgono qualifiche amministrative. In diversi casi i funzionari dedicati all'ufficio di piano assumono anche la responsabilità di altre aree organizzative del Comune di riferimento.

I **modelli organizzativi degli uffici di piano sono molto eterogenei** in termini di tempi, processi e modalità operative. La **figura di coordinamento è sempre presente**, ma con qualifiche giuridiche, tecniche e amministrative diverse, come dirigenti, funzionari amministrativi, assistenti sociali, sociologi e laureati in scienze giuridiche o dell'amministrazione.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

La normativa nazionale sui livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono una gestione unitaria del servizio sociale professionale a livello di Ambito. In Calabria, questo indirizzo si riflette nelle principali programmazioni sociali regionali, come il Piano sociale 2020-2022 e il Piano povertà 2021-2023.

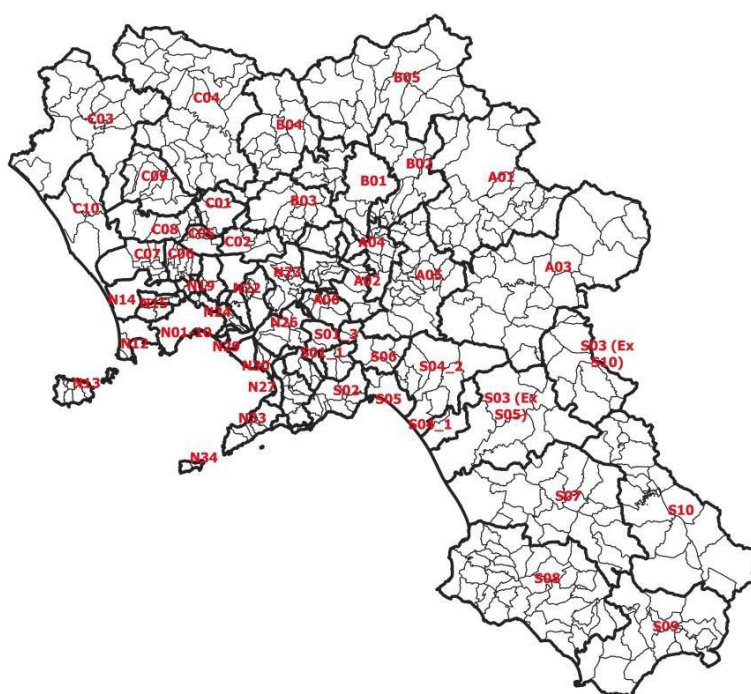
Per quanto riguarda l'**organizzazione del servizio sociale a livello di Ambito, si osserva una mancanza di uniformità**. In generale, c'è un **responsabile dei servizi sociali** e diversi **coordinatori** degli assistenti sociali dedicati alle prese in carico. L'utilizzo degli strumenti tipici del servizio sociale professionale è variegato, sia per quanto riguarda gli strumenti per la valutazione multidimensionale e la presa in carico, sia per l'organizzazione interna delle procedure di presa in carico delle persone. La supervisione (LEPS – Legge di Bilancio 2022) è un servizio in graduale sviluppo, in concomitanza con l'implementazione della misura PNRR. **La titolarità del servizio sociale professionale rimane in capo ai singoli Comuni/Ambiti**, ad eccezione di un consorzio dei servizi sociali (ATS di Castrovillari – CS) che assorbe il servizio sociale professionale e lo gestisce in modo unitario su tutto il territorio dell'ambito. Nonostante la situazione territoriale eterogenea, lo sviluppo del **servizio sociale professionale sta progredendo verso un graduale potenziamento**.

Tra i 32 Ambiti calabresi, uno ha **esternalizzato il servizio sociale professionale** (ATS Soverato), mentre gli altri lo erogano e gestiscono direttamente. In generale, gli Ambiti tendono a formare équipe multidisciplinari all'interno del servizio per affrontare le situazioni di presa in carico ed accompagnamento più complesse. Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:18.179³⁹ (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024).

³⁹ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 21 sul totale di 32.

Campania

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
A01	29	79.238
A02	7	35.283
A03	25	56.845
A04	16	91.061
A05	28	95.926
A06	13	38.657
B01	5	65.313
B02	19	53.836
B03	14	52.946
B04	18	51.651
B05	22	37.685
C01	4	111.029
C02	6	80.640
C03	16	72.519
C04	31	67.526
C05	6	80.109
C06	9	154.893
C07	10	135.029
C08	7	74.181
C09	10	55.738
C10	5	74.416
N01-10	1	911.697
N11	1	51.881
N12	3	113.196
N13	7	72.282
N14	1	123.998
N15	2	99.050
N16	5	139.912
N17	5	106.461
N18	3	123.872
N19	4	130.816
N20	1	58.444
N21	1	46.892
N22	6	101.072
N23	14	106.261
N24	4	60.260
N25	2	65.975
N26	7	130.734
N27	1	62.367
N28	2	50.773
N29	1	49.726
N30	4	84.323
N31	1	80.093
N32	8	105.622
N33	6	78.422
N34	2	13.607
S01_1	4	89.843
S01_2	4	93.306
S01_3	4	85.835
S02	14	87.611
S03 (Ex S05)	8	76.866
S03 (Ex S10)	10	20.682
S04_1	3	69.496
S04_2	9	79.314
S05	2	137.519
S06	6	68.599
S07	21	52.174
S08	37	92.397
S09	17	41.956
S10	19	62.221
REGIONE CAMPANIA	550	5.590.076



Popolazione media per ATS: 93.168 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 898.090

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali della Campania si articola in **60 ATS** con un numero medio di 9 Comuni, aventi tra loro una dimensione demografica fortemente differenziata. Tra questi 8 (Napoli, Portici, Giugliano in Campania, Ercolano, Casalnuovo di Napoli, Castellammare di Stabia, Acerra, Torre del Greco) sono ambiti mono-comunali, nelle quali il confine amministrativo dell'ambito coincide con quello del comune. Ad oggi, 10 ambiti si sono costituiti in Consorzio e 10 in Azienda Speciale, gli altri utilizzano la convenzione, ma diversi ambiti hanno in corso le procedure per dotarsi di forme di gestione più strutturate alla data di stesura del presente report.

Il quadro normativo

La Regione Campania ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali in attuazione della legge-quadro 328/2000 con la Delibera di Giunta Regionale n. 1824/2001, avente ad oggetto "Legge 8 novembre 2000, n. 328 - determinazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete; con la Legge Regionale n. 11/2007, "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328", la Legge Regionale n. 16/2008, art. 3 Razionalizzazione degli ambiti distrettuali

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa regionale individua quali "ambiti territoriali" i distretti sanitari o loro multipli, purché rientranti nella stessa ASL come si specifica nella Legge Regionale n. 11/2007, "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328"; gli articoli di riferimento sono:

- art. 8 La Regione, comma 3 lett. a): «determina gli ambiti territoriali, ai sensi dell'articolo 19, per la gestione del sistema integrato;»
- art. 19 Gli ambiti territoriali: «1. La regione Campania definisce quali ambiti territoriali le ripartizioni del territorio regionale coincidenti con i distretti sanitari o loro multipli purché rientranti nella medesima ASL, e li determina, previa concertazione con gli enti locali, con provvedimento della Giunta regionale. 2. Eventuali modifiche degli ambiti richieste dagli enti locali sono approvate dalla Giunta in considerazione di mutamenti negli assetti istituzionali, eventi straordinari o esigenze sopravvenute, nel rispetto della similarità geografica ed antropica dei territori. 3. Ogni variazione dei distretti sanitari che comporta la rideterminazione degli ambiti territoriali è assunta, previa acquisizione del parere congiunto degli assessorati alle politiche sociali, agli enti locali e alla sanità». La successiva Legge Regionale n. 16/2008, all' art. 3 Razionalizzazione degli ambiti distrettuali, specifica che: «(...) Ciascun distretto deve, di norma, coincidere con ogni ambito avente una popolazione non inferiore a 50.000 abitanti e non superiore a 120.000 abitanti.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La scelta della forma associativa, tra quelle previste dal TUEL 267/00, nel rispetto del principio di autonomia locale, è affidata al **Coordinamento istituzionale di Ambito**. La Regione Campania, tuttavia, sostiene forme associative più adeguate ad assicurare l'esigibilità, la continuità e la qualità dei servizi e delle prestazioni. È prevista una **premialità** di natura finanziaria a favore degli Ambiti che costituiscono forme associative e/o di gestione diverse dalla convenzione ex art. 30. In particolare, è stata destinata una cifra complessiva di 1 milione di euro del FNPS per ogni annualità di programmazione dal 2021 al

2023, agli Ambiti che adottino forme associative diverse dalla convenzione; tali risorse sono attribuite, per ciascuna annualità, in parti uguali agli Ambiti costituiti in consorzi che rispondono a determinati requisiti stabiliti annualmente. Nelle ultime annualità la premialità è stata riconosciuta solo agli ATS che rispettano il rapporto 1.6500 assistenti sociali (con contratto a tempo indeterminato) /popolazione.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La coincidenza territoriale degli ambiti con i distretti sanitari è **rispettata**. Lo stesso non avviene per gli ambiti territoriali delle politiche per il lavoro, la cui articolazione amministrativa e territoriale resta in parte differente rispetto a quella dei servizi sociali. I Centri per l'impiego della Regione Campania sono 46. La Giunta Regionale della Campania con la delibera n. 253 del 27 aprile 2018, "Attuazione commi da 793 a 799 della legge 27 dicembre 2017, n. 205. Adempimenti", ha disposto il trasferimento nei ruoli della Giunta Regionale della Campania del personale dei Centri per l'Impiego.

La governance regionale

Come ribadito dall'ultimo Piano Sociale della Regione Campania 2022-2024, gli indirizzi politici e strategici per lo sviluppo del Sistema Integrato Territoriale del Welfare sono indicati dall'Assessorato competente e dalla Giunta regionale. La **Direzione Generale per le Politiche sociali e sociosanitarie** elabora le strategie operative, dà impulso al raggiungimento degli obiettivi strategici, alla realizzazione delle azioni e dei servizi, finanzia i soggetti attuatori per il raggiungimento degli obiettivi, monitora l'evoluzione del Sistema e tiene i rapporti con le Amministrazioni centrali competenti e con le altre Direzioni Generali regionali per l'integrazione con le altre policy sinergiche. Nello svolgimento delle loro funzioni, l'Assessorato e la Direzione Generale promuovono forme di confronto partenariale con altri soggetti istituzionali e con gli organismi rappresentativi di interessi diffusi e dei cittadini. In particolare, attivano il confronto in seno al Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali in Campania. Con propria deliberazione n. 61/2018 la Giunta regionale istituisce detto organismo che, attraverso il coinvolgimento dei soggetti più rappresentativi delle comunità campane, possa realizzare attività di supporto alla programmazione, di monitoraggio e di valutazione partecipata. Il Tavolo per la Valutazione e la Promozione delle Politiche Sociali in Campania ha la finalità di migliorare il livello qualitativo dei servizi offerti sul territorio regionale attraverso una attività di analisi e valutazione partecipata delle performances del welfare campano, l'individuazione e la promozione delle loro buone pratiche, nonché di supportare i processi decisionali della Giunta. Questo tavolo svolge le funzioni del Tavolo della rete per la protezione e l'inclusione sociale.

La governance territoriale

Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo della realizzazione della rete integrata d'interventi e servizi sociali e sociosanitari d'ambito è affidata al coordinamento istituzionale, composto, per ciascuno degli ambiti territoriali, dai sindaci dei comuni associati e, in materia d'integrazione socio-sanitaria, dai sindaci dei comuni associati e dal direttore generale della ASL di riferimento. Per gli ambiti che hanno costituito consorzi, la competenza è attribuita all'assemblea consortile.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La pianificazione regionale avviene attraverso l'approvazione ogni tre anni del **Piano Sociale** della Regione Campania. Il documento contiene diverse indicazioni in ordine all'integrazione con le politiche sociosanitarie e quelle del lavoro, non sempre puntualmente realizzate sul piano operativo. Anche la pianificazione territoriale, che si articola nel Piano di Zona, è abbastanza costante nel seguire gli indirizzi regionali, anche se va spesso registrato un ritardo da parte di alcuni ambiti territoriali. Appare significativo che si tratti di ambiti che mostrano segni di difficoltà più generali, in ordine alle attività amministrative connesse al sistema territoriale dei servizi (avanzamento della spesa, attuazione dei LEPS, regolazione del sistema).

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Il comma 4 dell'articolo 23 della legge regionale n. 11/2007 stabilisce che l'Ufficio di Piano è la "struttura tecnica di supporto alla realizzazione del piano di zona". L'**Ufficio di Piano** ha compiti fondamentali di programmazione e monitoraggio per l'esercizio della funzione in capo agli Enti locali (che la esercitano in forma associata, salvo i casi in cui l'Ambito coincide con il Comune). Inoltre, gli competono le funzioni gestionali per l'attuazione ed erogazione dei servizi. Il suo funzionamento è regolato da apposito regolamento ed è diretto di norma da un Responsabile in possesso dei titoli di studio e dei requisiti professionali richiesti alle figure professionali sociali, in coerenza alle disposizioni per la dirigenza pubblica. L'Ufficio di Piano si avvale di personale incardinato con altre funzioni presso il Comune capofila o altro Comune dell'Ambito, delle ASL e di ulteriori rapporti di collaborazione esterna. Tra gli obiettivi prioritari del V Piano Sociale regionale vi è il rafforzamento e la qualificazione degli Uffici di Piano prevedendo che ciascun Ufficio di Piano dovrà possedere una composizione minima costituita dal Coordinatore/Direttore, da un Progettista con formazione universitaria e da un funzionario amministrativo qualificato per l'attività amministrativa. Come previsto dalle leggi, il Coordinatore deve di norma essere anche il Responsabile amministrativo ex art. 23 della L.R. 11/2007.

Il personale essenziale dell'Ufficio di Piano deve essere contrattualizzato nelle forme consentite dalla legge direttamente dal Comune capofila, o dai comuni dell'Ambito ovvero dal soggetto deputato alla gestione associata ed è oggetto di valutazione, ai fini della conformità degli atti di programmazione locale, la composizione qualitativa del personale preposto all'Ufficio di Piano, nonché saranno monitorate l'organizzazione e le forme contrattuali. La Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie periodicamente attiva una procedura di manifestazione di interesse per l'acquisizione di candidature per l'inserimento nell'elenco regionale dei direttori/coordinatori degli Ambiti sociali, il quale prevede due sezioni, una per i direttori e una per i coordinatori, in considerazione delle differenti responsabilità gestionali che assumeranno.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

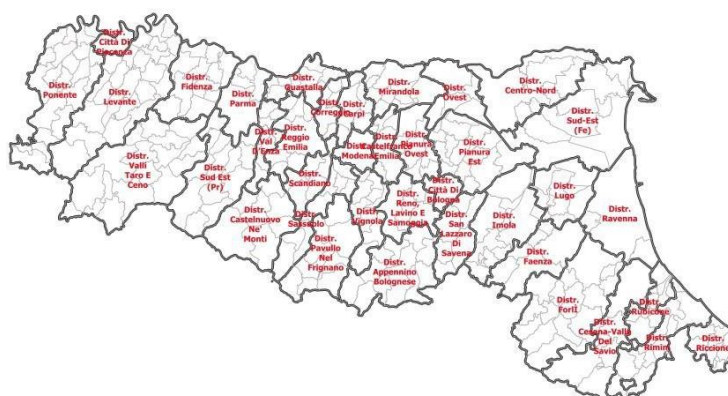
Allo stato attuale, il modello organizzativo del servizio sociale professionale è lasciato all'autonomia degli ATS, con il risultato di una estrema differenziazione territoriale. Peraltro, il quinto Piano Sociale Regionale identifica, quale obiettivo prioritario di intervento, il rafforzamento, la qualificazione e la stabilizzazione del Servizio Sociale Professionale, attraverso l'adozione di forme organizzative e contrattuali in grado di assicurare l'internalizzazione del Servizio, la continuità nelle attività degli Assistenti sociali e quindi nella presa in carico degli utenti. Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti

sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:7.823⁴⁰ (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024).

⁴⁰ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 46 sul totale di 60.

Emilia-Romagna

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Distr. Appennino Bolognese	12	55.742
Distr. Carpi	4	106.903
Distr. Castelfranco Emilia	6	76.925
Distr. Castelnuovo Ne' Monti	7	32.166
Distr. Centro-Nord	7	168.168
Distr. Cesena-Valle Del Savio	6	115.334
Distr. Città Di Bologna	1	390.518
Distr. Città Di Piacenza	1	103.121
Distr. Correggio	6	55.795
Distr. Faenza	6	88.306
Distr. Fidenza	11	104.892
Distr. Forlì	15	184.555
Distr. Guastalla	8	70.061
Distr. Imola	10	132.110
Distr. Levante	24	105.266
Distr. Lugo	9	101.501
Distr. Mirandola	9	85.278
Distr. Modena	1	185.009
Distr. Ovest	5	76.961
Distr. Parma	4	228.309
Distr. Pavullo Nel Frignano	10	41.530
Distr. Pianura Est	15	164.649
Distr. Pianura Ovest	6	83.727
Distr. Ponente	21	77.455
Distr. Ravenna	3	197.466
Distr. Reggio Emilia	7	226.804
Distr. Reno, Lavino E Samoggia	5	112.531
Distr. Riccione	14	115.260
Distr. Rimini	13	224.882
Distr. Rubicone	9	93.176
Distr. Sassuolo	8	119.215
Distr. Savena Idice	6	79.069
Distr. Scandiano	6	81.476
Distr. Sud Est (Pr)	13	78.103
Distr. Sud-Est (Fe)	9	94.621
Distr. Val D'Enza	8	62.959
Distr. Valli Taro E Ceno	16	43.233
Distr. Vignola	9	92.112
REGIONE EMILIA-ROMAGNA	330	4.455.188



Popolazione media per ATS: 117.242 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 358.352

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali dell'Emilia-Romagna si articola in **38 Ambiti Distrettuali** con un numero medio di 9 Comuni, aventi una dimensione demografica varia anche se oltre la metà degli ATS hanno una popolazione di oltre 100mila abitanti). Tra questi, tre (Bologna, Modena e Piacenza) sono città mono- comunali, nelle quali il confine amministrativo dell'ambito coincide con quello del comune. I restanti ambiti gestiscono i servizi sociali e socio-sanitari territoriali **prevalentemente tramite Unioni di Comuni** (art. 32 del TUEL 267/2000), che sono la forma incentivata di gestione dei servizi sociali. In base alla L.R. 21/2012 i comuni che non costituiscono una Unione possono stipulare una convenzione per la gestione associata delle funzioni (tra di loro o con l'Unione, all'interno dello stesso Distretto) ma in assenza di incentivi. "Dai dati riportati nel Report "Il sistema di welfare in Emilia Romagna"⁴¹, nella

⁴¹ Rapporto "Il sistema di welfare in Emilia Romagna. Assetti, governance, funzioni e partecipazione. Rilevazione anno 2024
<https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/novita-editoriali/sistema-di-welfare-locale-in-emilia-romagna>

regione risultano attive 37 Unioni di Comuni.

Il quadro normativo

La Regione Emilia Romagna ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali in attuazione della legge-quadro 328/2000 tramite la **Legge Regionale 2/2003** "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", in particolare all'Art. 16, dedicato alle funzioni amministrative e ai compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali (poi sostituito dall'Art. 7 della L.R. 11/2016, in coerenza con il TUEL del 2000): *"i Comuni esercitano le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in forma singola o associata, di norma in ambito distrettuale, secondo le forme previste dal Capo V del Titolo II del decreto legislativo 18 agosto 2000, n.267"*

Costituiscono, inoltre, normative di rilievo:

- LR 21/2012 "Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza"
- LR 12/2013: Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona
- LR 23/2013 Misure urgenti per favorire l'attuazione del riordino territoriale, lo sviluppo delle unioni ed il superamento delle comunità montane.
- LR 14/2015 sull'assetto territoriale per integrazione sociale-sanità- lavoro
- LR 11/2016 Modifiche legislative in materia di politiche sociali, abitative, per le giovani generazioni e servizi educativi per la prima infanzia, conseguenti alla riforma del sistema di governo regionale e locale
- DGR n. 941 del 27/05/2024 – Piano di riordino territoriale 2024-26

Contenuti specifici delle norme regionali

Con la legge 21/2012 la Regione ha individuato la dimensione territoriale ottimale per lo svolgimento in forma associata delle funzioni fondamentali, le forme di esercizio associato di funzioni e servizi comunali, le modalità di incentivazione alle forme associative e alle fusioni dei Comuni.

La legge 21 individua **l'Ambito Distrettuale come un'area omogenea del territorio regionale, ed è aggiornata dalla L.12/2013 che riordina le forme di gestione in ambito distrettuale**, e definisce gli Ambiti Distrettuali *"le circoscrizioni territoriali nelle quali gli enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano, nelle forme e con gli strumenti previsti dalla normativa vigente e dagli atti di programmazione regionale, le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari."* La stessa norma definisce, inoltre, l'unificazione e alla ridefinizione delle funzioni delle Aziende per i Servizi alla Persona (ASP).

Con la **Legge Regionale 14/2015** "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari" **si definisce la programmazione integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari** tramite la definizione, con cadenza triennale del Piano integrato territoriale dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La Regione **incentiva**, tramite i programmi di riordino territoriale (L.R. 21/2012), **l'esercizio associato** delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in Ambito Distrettuale **attraverso la forma dell'Unione dei Comuni**.

Con la DGR n. 941 del 27/05/2024, è stato approvato Il Programma di Riordino Territoriale (PRT) 2024-2026, che incentiva la gestione associata di funzioni comunali per uno sviluppo territoriale finalizzato ad offrire servizi innovativi ed inclusivi ai cittadini. Il Programma di Riordino territoriale è stato elaborato mediante un approccio partecipato attraverso la costituzione di 8 gruppi di lavoro, e prevede incentivi alle Unioni di comuni secondo i criteri e le modalità indicate, che configurano le Unioni secondo 4 gruppi in base al loro livello di sviluppo (costituite, avviate, in sviluppo, avanzate). Per l'annualità 2024 sono stanziati circa 9,7 Milioni di € di risorse regionali alle quali si aggiungono circa 9,2 Milioni di € di contributi statali regionalizzati e sarà possibile aggiungere eventuali risorse disponibili.

La coincidenza territoriale degli ambiti

Il disegno territoriale del sistema dei servizi prevede 38 Ambiti Distrettuali, al cui interno si svolgono le **funzioni di programmazione, regolazione e gestione dei servizi sociali e socio-sanitari e coincidenti con i Distretti sanitari**. Gli Ambiti Distrettuali realizzano la propria programmazione attraverso i Piani di zona per la salute e il benessere sociale. Con la L.R. 14/2015 si è definita la **coincidenza anche con gli ambiti territoriali delle politiche del lavoro**, prevedendo all'art.7 l'eventuale revisione degli ambiti territoriali dei centri per l'impiego al fine di consentire la migliore realizzazione degli obiettivi previsti dalla legge.

La governance regionale

La programmazione sociale è attribuita a:

- Welfare, Terzo settore, Politiche per l'infanzia, Scuola
- un'unica Direzione Generale: Direzione Generale unica Sanità, salute e welfare
- Settore politiche sociali di inclusione e pari opportunità (che si occupa anche della parte socio- sanitaria).

La **Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali**, istituita dall'art. 59 della LR 13/2015, svolge la funzione di articolazione regionale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Dal Piano povertà 2018 - Deliberazione Assembleare Progr. n. 157 del 6 Giugno 2018: *"si individua la Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, istituita dall'art. 59 della LR 13/2015 quale sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra la Regione e il sistema delle Autonomie locali in materia di politiche sanitarie e sociali; in particolare, la Cabina di regia è sede di confronto per gli atti di programmazione generale e per ogni altro atto di indirizzo. La Cabina di regia assolve la funzione di articolazione regionale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale istituita presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali (art. 21 D.Lgs. 147/2017). La Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie o il suo Ufficio di presidenza, quando operano come articolazione della Rete sono integrati dall'Assessore regionale competente in materia di politiche per il lavoro, la formazione e l'istruzione. La funzione di istruttoria tecnica e supporto alla Cabina di regia è svolta da apposito Comitato tecnico, composto da esperti dei Comuni, delle AUSL e della Regione."*

La governance territoriale

Il **Comitato di distretto**, come definito dalla L.R. 19/1994 e dalla L.R. 29/2004, **svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali nel distretto di competenza**. Questo avviene attraverso l'esercizio delle funzioni di pianificazione, regolamentazione e monitoraggio, mantenendo una stretta collaborazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e facendo affidamento sull'Ufficio di Piano per supporto tecnico e istruttoria nelle decisioni pertinenti.

Il ruolo del Comitato di distretto è svolto dalla Giunta dell'Unione – o dalle Giunte di più Unioni – se coincidente/i con l'ambito distrettuale, integrata/e dai Sindaci dei Comuni eventualmente non aderenti all'Unione/i (art. 61 L.R. 13/2015). Il Comitato di Distretto è costituito dai Sindaci dei Comuni del Distretto e dal Direttore del Distretto e attraverso uno specifico accordo di programma approva il Piano di zona per la salute e il benessere sociale.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La normativa regionale prevede la definizione di un **Piano Socio Sanitario Regionale** (LR 2/2003 art. 27) quale **strumento di programmazione integrata nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali e sanitari**. Attualmente è in vigore il Piano sociale e sanitario 2017/19, approvato dall'Assemblea legislativa regionale con delibera n. 120 del 12 luglio 2017, su proposta dalla Giunta regionale (delibera n. 643 del 15 maggio 2017).

Il Piano definisce obiettivi di programmazione integrata, individuando aree di intervento trasversali e definendo 39 schede attuative che individuano gli specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali nell'ambito dei programmi regionali e della programmazione distrettuale. Attualmente è in corso di definizione – ormai da diverso tempo – il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, per il quale è stato realizzato un lungo percorso partecipativo, ma che non è ancora arrivato a una stesura definitiva.

I 38 ambiti distrettuali della Regione Emilia-Romagna hanno presentato e sottoscritto entro il 31 luglio 2018 i Piani di zona distrettuali per la salute e per il benessere sociale triennali 2018/2020, di volta in volta aggiornati negli anni successivi. Attualmente i Piani sono definiti coerentemente con il **Programma attuativo 2024 - DGR 1030/24**: Ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale ai sensi della L.R. n. 2/2003 e ss.mm.ii., individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi di cui alla deliberazione dell'assemblea legislativa n. 120/2017 e al decreto interministeriale del 22 ottobre 2021. e con il Programma Attuativo povertà 2024.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Tutti gli Ambiti Distrettuali hanno un Ufficio di Piano, collocato nel Comune capofila o nell'Unione dei Comuni capofila, come supporto tecnico al Comitato di Distretto, al quale sono attribuite tutte le funzioni riconducibili al presidio dell'integrazione sociosanitaria (Delibera di Giunta 1004 /2007) quali:

- la pianificazione e la programmazione in area sociosanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale, i Programmi attuativi annuali, i Piani delle attività per la non autosufficienza)

- il presidio e la promozione di progetti sociali e sociosanitari integrati anche con altre politiche (es. funzioni di raccordo per minori e fasce deboli, disabili ecc. quali la figura di sistema)
- il monitoraggio dell'andamento del benessere sociale in riferimento alle diverse determinanti ed in base al sistema di indicatori inserito nella programmazione annuale

All'interno dell'Ufficio di Piano vi è un responsabile, nominato dal Comitato di Distretto, e un'articolazione di figure professionali definita dai Comuni del distretto e dall'Azienda Unità sanitaria locale per assicurare il presidio delle funzioni di programmazione (pluriennale e annuale), regolazione e gestione degli interventi.⁴²

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

La normativa nazionale in materia di livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del servizio sociale professionale su scala di ambito. In Emilia Romagna la **situazione è ancora piuttosto variegata**: in 18 Distretti il Servizio Sociale Territoriale è a gestione unica; in 4 Distretti vi è un unico SST, ma la gestione non è unica in tutte le aree tematiche; in 16 Distretti vi sono diverse gestioni per tutto il SST: in alcuni Distretti con la presenza di 2 o più ASP in qualità di enti gestori; in altri, gestioni dirette da parte dei Comuni o delle Unioni; in altri ancora in all'interno dello stesso ambito Unionale coesistono gestioni del SST differenziate per singolo Comune. Dai dati SIOSS 2021, il servizio sociale professionale risultava gestito in forma singola dal 12% dei Comuni, e in forma associata dal restante 88%. Solo in 3 Distretti risultavano forme di esternalizzazione del servizio. Al 31 dicembre 2023 **il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:3.360** (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024).

⁴² Per ulteriori approfondimenti sulla composizione degli UdP si veda il rapporto "Il sistema di welfare in Emilia Romagna. Assetti, governance, funzioni e partecipazione. Rilevazione anno 2024" <https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/novita-editoriali/sistema-di-welfare-locale-in-emilia-romagna>

Friuli Venezia Giulia

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Agro Aquileiese	17	56.132
Carnia	28	35.843
Carso Giuliano	5	29.552
Carso Isonzo Adriatico	10	73.824
Collinare	14	46.175
Collio-Alto Isonzo	15	64.606
Friuli Centrale	9	157.992
Gemonese/Canal del Ferro-Val Canale	15	31.030
Livenza-Cansiglio-Cavallo	7	63.075
Mediofriuli	11	49.685
Natisone	17	49.430
Noncello	6	103.583
Riviera Bassa Friulana	12	51.262
Sile e Meduna	6	52.311
Tagliamento	8	45.239
Torre	11	39.712
Triestino	1	199.400
Valli e Dolomiti friulane	23	46.941
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA	215	1.195.792



Popolazione media per ATS: 66.433 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 169.848

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali del Friuli Venezia Giulia si articola in 18 ATS con un numero medio di 12 Comuni, aventi una dimensione demografica medio-piccola con soli 3 ATS superanti i 100mila abitanti. Il Servizio sociale dei Comuni (SSC), denominazione impiegata dalla normativa regionale per identificare i Servizi sociali di ambito territoriale, è esercitato in forma associata nei 18 ATS presenti tramite cinque modalità:

- convenzione ex art. 30 del TUEL con delega al Comune capofila (in 12 ATS)⁴³;
- convenzione ex art. 30 del TUEL con delega all'ASL denominata ASUFC – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli centrale (in 3 ATS);
- convenzione ex art. 30 del TUEL con delega all'Azienda dei Servizi alla Persona (in un ATS);
- convenzione ex art. 30 del TUEL con delega alla Comunità di montagna (in un ATS)⁴⁴;
- Comune di Trieste che risulta ambito mono-comunale, anche se vi è una distinzione tra la componente del SSC e i restanti servizi sociali del Comune che includono anche la gestione di farmacie, case di riposo, ecc.

Il quadro normativo

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha disciplinato le politiche sociali con la legge regionale 31

⁴³ La convenzione prevede per tutti gli ATS una dotazione organica aggiuntiva in capo al Comune capofila, in quanto il personale è inquadrato in questo ente e non nei Comuni sottoscrittori. Si tratta quindi di una convenzione dotata di un ufficio comune e quindi piuttosto "robusta".

⁴⁴ Cfr. LR 6/2006, art. 18, c.2: "La convenzione di cui al comma 1 individua la forma di collaborazione tra gli enti locali per la realizzazione del Servizio sociale dei Comuni, scegliendola tra la delega a un Comune capofila individuato nella medesima convenzione, la delega agli enti del servizio sanitario regionale che assicurano l'assistenza territoriale, la delega a un'Azienda pubblica di servizi alla persona con sede legale e strutture sul territorio di ambito distrettuale, la delega alle Unioni territoriali intercomunali ovvero ad altra tra le forme associative di cui alla normativa vigente, di seguito denominati Enti gestori".

marzo 2006 n°6, recante " Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale." Pubblicata in conformità ai principi degli articoli 117 e 118 della Costituzione e della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), la normativa sostituisce la precedente legge regionale 33/1988 (e ss.mm.) e rafforza la gestione associata dei Servizi sociali già allora prevista. Altre normative che riguardano l'assetto territoriale degli enti locali sono: la LR 3/2016 dedicata al "Piano di riordino territoriale", la LR 21/2019 recante "Esercizio coordinato di funzioni e servizi tra gli enti locali del Friuli Venezia Giulia e istituzione degli Enti di decentramento regionale".

Contenuti specifici delle norme regionali

La LR 6/2006, al comma 1 dell'art. 17, prevede l'obbligo della gestione associata in quanto si afferma "*I Comuni esercitano le funzioni comunali di cui all'articolo 10, ivi comprese le attività, gli interventi e i servizi di cui all'articolo 6, in forma associata secondo le modalità stabilite dall'articolo 18, negli ambiti territoriali individuati con deliberazione della Giunta regionale, aventi dimensione demografica non inferiore a 45.000 abitanti, ridotti a 25.000 qualora più della metà siano residenti in comuni montani o parzialmente montani ai sensi della legge regionale 20 dicembre 2002, n. 33 (Istituzione dei Comprensori montani del Friuli Venezia Giulia)*".

La DGR n°2294 del 30 dicembre 2019 riporta l'elenco aggiornato degli Ambiti territoriali del SSC con la lista dei rispettivi Comuni.

La LR 21/2019 recante "Esercizio coordinato di funzioni e servizi tra gli enti locali del Friuli Venezia Giulia e istituzione degli Enti di decentramento regionale" all'art. 3 prevede le seguenti forme di gestione associata delle funzioni e dei servizi dei Comuni del Friuli Venezia Giulia:

- a) le convenzioni;
- b) le Comunità;
- c) le Comunità di montagna per i Comuni appartenenti agli ambiti di cui all'articolo 17 (e precisamente a) Carnia; b) Canal del Ferro e Val Canale; c) Gemonese; d) Destra Tagliamento e Dolomiti Friulane; e) Natisone e Torre).

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La normativa regionale ha previsto che "*l'esercizio associato delle funzioni e dei servizi (...) **costituisce requisito per accedere agli incentivi regionali***", nel senso che tutti i finanziamenti regionali (Fondo Sociale Regionale) sono ripartiti ai SSC di ambito territoriale.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La LR 6/2006 prevede indirettamente la coincidenza territoriale degli ambiti con i distretti sanitari, in quanto stabilisce che "*Qualora l'articolazione territoriale dei distretti sanitari non coincida con l'ambito territoriale del Servizio sociale dei Comuni, ma rappresenti un multiplo ovvero una frazione del territorio di uno o più ambiti territoriali, la convenzione individua le modalità per garantire l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della programmazione e della realizzazione del sistema integrato*" (art 18, c.4).

Attualmente sono presenti in Friuli Venezia Giulia 3 ASL che si articolano territorialmente in distretti sanitari coincidenti nel numero e nel perimetro con quello degli ATS, ma con l'unica eccezione di un distretto dell'ASUGI che copre parte del territorio dell'Ambito Triestino e tutto il SSC Carso Giuliano.

Non vi è invece coincidenza territoriale con i Centri per l'impiego, che afferiscono alla Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia: benché siano in ugual numero (18 Centri con 21 sportelli territoriali) agli ATS, aggregano diversamente i 215 Comuni della regionale⁴⁵⁴⁰.

La governance regionale

La Giunta regionale dispone di un unico assessorato per le politiche sociali e sanitarie, denominato "Assessorato regionale alla salute, politiche sociali e disabilità, delegato alla protezione civile". All'attuazione di queste politiche è preposta la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità che si avvale del Servizio Programmazione e sviluppo dei servizi sociali e dell'integrazione e assistenza sociosanitaria.

La Regione non ha istituito, secondo quanto richiesto dal D.Lgs. 147/2017, la "Rete regionale della Protezione e dell'Inclusione Sociale", probabilmente anche per il fatto che all'art. 3 della LR 6/2006 già era previsto un **"Coordinamento regionale delle politiche per la cittadinanza sociale"** così definito: *"Ai fini del coordinamento delle politiche per la cittadinanza sociale, la Regione garantisce l'integrazione delle politiche socioassistenziali di protezione sociale, sanitarie, abitative, dei trasporti, dell'educazione, formative, del lavoro, culturali, ambientali e urbanistiche, dello sport e del tempo libero, nonché di tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona e alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale"*.

La governance territoriale

In ogni ambito territoriale è presente **l'Assemblea dei Sindaci del Servizio sociale dei Comuni**, composta dai Sindaci di tutti i Comuni dell'ambito o su loro delega, anche permanente, dagli Assessori competenti in materia di politiche sociali, con funzioni di indirizzo e regolazione in materia di sistema integrato locale e le sue deliberazioni sono vincolanti nei confronti degli Enti gestori, ferma restando la disponibilità finanziaria (art. 20 LR 6/2006).

Inoltre *"al fine di garantire l'efficacia, l'efficienza e l'uniformità sul territorio regionale dell'erogazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni sociali, nonché al fine di assicurare il concorso dei Comuni associati negli ambiti territoriali dei Servizi sociali dei Comuni nella determinazione delle politiche in materia sociale e nella definizione delle relative scelte programmatiche di indirizzo, è istituita la **Conferenza regionale dei Servizi sociali dei Comuni** quale organismo di confronto permanente con funzioni consultive e propositive in materia di sistema integrato"*.

La pianificazione regionale e quella territoriale

Benché previsto dall'art. 23 della LR 6/2006, il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali non è mai stato realizzato. Sono invece stati predisposti dei Piani regionali settoriali (art. 23 bis), tra cui è possibile includere i due Atti di programmazione regionale dei servizi di contrasto alla povertà (triennalità 2018-2020; 2021-2023) e altri documenti pianificatori sulla disabilità, politiche per la famiglia, l'immigrazione, ecc.

All'art. 24, la LR 6/2006 prevede l'adozione del Piano di zona (PDZ) quale strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati, dell'integrazione sociosanitaria e del coordinamento con le politiche di settore riferite alla

⁴⁵ Fonte: <https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/formazione-lavoro/lavoro/FOGLIA61/>.

famiglia, al lavoro, alla casa, alla formazione nonché quale mezzo di partecipazione degli attori sociali. Il PDZ e le sue declinazioni annuali (Piani attuativi annuali-PAA) vengono elaborati secondo le modalità, gli indirizzi e gli obiettivi sociali e sociosanitari individuati dalla Regione.

Ad oggi sono stati realizzati due cicli di programmazione zonale, con pubblicazione di Linee Guida per la loro predisposizione, rispettivamente nel 2006-2008 (DGR 3236 del 29 novembre 2004) e nel 2013-2015 (DGR 174 del 10 febbraio 2012). Si fa presente, infine, che la normativa regionale prevede anche un "Sistema informativo dei servizi sociali regionale" (art. 25) che si è da tempo consolidato in tutti i territori con l'impiego di un gestionale per la cartella sociale informatizzata, coordinato dal Servizio regionale. Annualmente la Direzione Centrale pubblica anche un Rapporto Sociale Regionale che raccoglie dati statistici sulla casistica dei servizi sociali disaggregati per ambito.

L'assetto organizzativo del Servizio Sociale Professionale

Il Servizio sociale dei Comuni è diretto da un Responsabile, con compiti di coordinamento e raccordo funzionale, organizzativo e gestionale del Servizio ed è articolato in modo da assicurare: a) il supporto alla pianificazione e la progettazione locale del sistema integrato, mediante attività di elaborazione, monitoraggio, controllo e valutazione delle attività, degli interventi e dei servizi sociali; b) il presidio professionale e il coordinamento delle attività, degli interventi e dei servizi sociali per aree di utenza, con particolare riguardo a minori e famiglia, soggetti a rischio di esclusione sociale e persone con disabilità o non autosufficienti; c) il presidio amministrativo e finanziario-contabile delle attività, degli interventi e dei servizi sociali; d) il supporto informativo alle attività di cui alla lettera a) e il soddisfacimento dei fabbisogni informativi locali, regionali e nazionali, ottimizzando l'impiego dei sistemi informativi in uso.

Il Responsabile e i referenti delle richiamate articolazioni organizzative costituiscono l'Ufficio di Direzione, Programmazione e Controllo (UDPC) che ha funzioni di supporto al decisore politico in materia di programmazione sociale ed è tenuto a garantire l'elaborazione, il monitoraggio, il controllo e la valutazione delle attività del SSC. Solitamente il personale del SSC sociale è articolato per target di popolazione: minori e famiglia, adulti e anziani.

Tutti gli ATS del FVG raggiungono l'obiettivo di servizio di un assistente sociale ogni 4mila abitanti, accedendo quindi al contributo nazionale, in quanto al fine di consolidare e omogeneizzare sul territorio regionale i livelli essenziali delle prestazioni individuati dal Piano nazionale di contrasto alla povertà, è stata integrata la programmazione regionale in materia di sistema integrato di servizi e interventi sociali con le modifiche alla DGR 458/2012 e in particolare individuando l'obiettivo di raggiungere in ogni SSC la presenza di almeno un assistente sociale ogni 3.000 abitanti.

Al 31/12/2023, il valore medio regionale del rapporto assistenti sociali a tempo indeterminato sulla popolazione residente è di 1:2.750 (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁴⁶.

⁴⁶ Il calcolo è relativo alla totalità degli ATS (18) in quanto tutti hanno risposto alla rilevazione SIOSS.

Lazio

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Fr A	15	87.356
Fr B	23	172.045
Fr C	27	88.271
Fr D	26	111.292
Lt 1	4	139.034
Lt 2	5	175.616
Lt 3	8	55.600
Lt 4	7	104.091
Lt 5	9	104.732
Rieti 1	25	83.170
Rieti 2	20	32.551
Rieti 3	12	28.418
Rieti 4	7	8.722
Rieti 5	9	8.774
Rm 3.1	1	82.506
Rm 4.1	4	78.682
Rm 4.2	2	78.826
Rm 4.3	5	55.354
Rm 4.4	17	111.072
Rm 5.1	3	96.629
Rm 5.2	9	126.987
Rm 5.3	17	80.263
Rm 5.4	22	42.488
Rm 5.5	10	85.111
Rm 5.6	9	73.858
Rm 6.1	7	61.592
Rm 6.2	6	103.876
Rm 6.3	2	85.288
Rm 6.4	2	114.733
Rm 6.5	2	66.085
Rm 6.6	2	107.652
Roma Capitale	1	2.754.719
Vt 1	19	51.019
Vt 2	9	50.677
Vt 3	8	95.711
Vt 4	13	62.461
Vt 5	11	55.011
REGIONE LAZIO	378	5.720.272



Popolazione media per ATS: 154.702 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 2.745.997

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali del Lazio si articola in 37 ATS con un numero medio di 10 Comuni, aventi tra loro la maggior differenza demografica nazionale, tra ATS con meno di 9mila abitanti e Roma Capitale che supera i 2,7 milioni. La normativa regionale della Regione Lazio prevede che i Comuni esercitino le funzioni sociali in forma associata nell'ambito territoriale ottimale, generalmente coincidente con il distretto sociosanitario, come indicato dall'art. 43 della l.r. 11/2016. Le forme associative previste includono convenzioni, consorzi, unioni di comuni, e comunità montane in accordo con il d.lgs. 267/2000. Al 15.11.2024 nel territorio della Regione Lazio vi sono 37 distretti sociosanitari,

di cui 7 Consorzi; 2 costituiti da un solo comune per le loro speciali prerogative (Roma Capitale e Fiumicino).

Il quadro normativo

Il quadro normativo della Regione Lazio per la gestione associata dei servizi sociali è regolato principalmente dalla legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali". Altre norme rilevanti includono la l.r. 17 giugno 2022, n. 10 per le politiche a favore dei diritti delle persone con disabilità e la l.r. 11 aprile 2024, n. 5, che sostiene il caregiver familiare.

Contenuti specifici

Si segnala che all'art. 35 l.r. 11/2016, Co. 2 la Regione individua nella gestione associata da parte dei comuni, nell'ambito territoriale ottimale di cui all'articolo 43, secondo le forme associative previste dalla normativa vigente, la modalità attraverso la quale perseguire l'efficacia e l'efficienza del sistema integrato, anche al fine di garantirne il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari erogati dal servizio sanitario regionale. Al comma 4 si prevede che gli organismi di indirizzo e programmazione di cui all'articolo 44, possono demandare ai comuni singoli, non rientranti tra quelli individuati ai sensi dell'articolo 14, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122 e successive modifiche, la gestione di servizi di assistenza economica, di assistenza abitativa, di aiuto personale di mensa sociale e accoglienza notturna, di trasporto sociale, di centri ludico-ricreativi e di aggregazione sociale

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Il Piano sociale regionale prevede che la Regione promuove e incentiva il ricorso al consorzio e, in particolare, al consorzio di funzioni, ossia a forme associative giuridicamente autonome, che consentono di superare il limite del frazionamento comunale nella gestione delle funzioni sociali; la deliberazione 454/2023, al capitolo 4 delle Linee guida allegate, individua una serie di opportunità che la gestione consorziale offre; la determinazione G05559/2024, che approva il "Vademecum per la costituzione di consorzi ex articolo 31 del TUEL per la gestione associata dei servizi sociali nell'ambito dei distretti sociosanitari di cui alla legge regionale 10 agosto 2016, n. 11", contiene in appendice anche una serie di schemi di atti propedeutici alla costituzione del consorzio sociale, ivi compreso uno schema di statuto. Recentemente la Regione ha ritenuto opportuno attraverso la delibera N. 753 del 03/10/2024, promuovere e incentivare la gestione in forma associata delle funzioni amministrative in materia di servizi sociali attraverso l'istituto del consorzio ai sensi dell'articolo 31 del D.lgs. 267/2000 (TUEL), assegnando un contributo straordinario ai distretti sociosanitari per garantire la continuità dell'erogazione dei servizi socioassistenziali nella fase di transizione al consorzio sociale, fino ad esaurimento delle risorse disponibili (copertura nell'esercizio finanziario 2024 per euro 240.000,00; per il 2025 euro 2.040.000,00).

Coincidenze territoriali degli Ambiti

In Regione Lazio i distretti sociosanitari sono considerati coincidenti agli ATS ai sensi della deliberazione

della Giunta regionale 17 ottobre 2017, n. 660. Esprimono la dimensione territoriale e organizzativa necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al loro raggiungimento. Attualmente sono presenti in Lazio 12 ASL, articolate in 46 distretti socio-sanitari e 6 Aziende ospedaliere.

Non vi è invece coincidenza territoriale con i Centri per l'impiego, che afferiscono alla Direzione regionale istruzione, formazione e politiche per l'occupazione.

La governance regionale

Nel 2023, la Regione Lazio ha istituito il Tavolo Regionale della Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale (Decreto T00166 del 1° agosto 2023). Partecipano rappresentanti dei Servizi Sociali, dell'Assessorato alla Disabilità, del Terzo Settore e di associazioni del terzo settore.

La governance territoriale

A livello territoriale, la governance è gestita tramite i Comitati dei Sindaci degli ATS/Assemblee dei Sindaci per i Consorzi, responsabili dell'indirizzo e della programmazione degli interventi. Collaborano con le AUSL e altri enti per l'attuazione dei Piani Sociali di Zona.

La pianificazione regionale e quella territoriale

Il Piano Sociale Regionale approvato nel 2019 (DGR del 17 dicembre 2019, n. 971), "Prendersi Cura, un Bene Comune", è attualmente in fase di aggiornamento. A livello locale, i distretti sociosanitari seguono i Piani Sociali di Zona per il triennio 2021-2023, regolando la programmazione dei servizi sociali locali in conformità al piano regionale.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

L'organizzazione dell'Ufficio di Piano della Regione Lazio include un responsabile con competenze nel settore sociale e sociosanitario, due funzionari di categoria D (un assistente sociale e un esperto in contabilità), e un istruttore amministrativo di categoria C come definito dall'All. A) della LR n. 11 del 2016. Il personale delle AUSL locale supporta l'integrazione sociosanitaria nella programmazione.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

L'organizzazione unitaria del servizio sociale professionale su scala d'ambito/distretto è promossa tramite strumenti come un sistema di supervisione comune, la cartella sociale e altri interventi specifici. Nel novembre 2023, su richiesta della Regione, con mandato ministeriale e il supporto di Banca Mondiale, è stata avviata una Comunità di Pratiche per la gestione associata consortile, che ha portato alla definizione di un "Vademecum per la costituzione di consorzi ex art. 31 del TUEL" all'interno del quale di specificano ulteriori elementi per il supporto al potenziamento del servizio sociale professionale in gestione associata (Determinazione n. G05559 del 13/05/2024). Secondo i dati del DM n. 125 del 26 luglio 2024, ai Distretti della Regione Lazio sono stati attribuiti 9.135.779,02 € (a 17 ATS/Distretti su 36) per l'assunzione di assistenti sociali [pari a un rapporto di 1:3.384 al 31.12.2023]⁴⁷.

⁴⁷ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 29 sul totale di 37.

Liguria

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Distretti Sociosanitari 9 E 11	1	561.947
Distretto Sociosanitario 1 Ventimigliese	17	55.273
Distretto Sociosanitario 10 Extra-Genova-Valpolcevera E Vallescrivia	14	47.137
Distretto Sociosanitario 12 Extra-Genova-Valtrebbia E Valbisagno	11	9.245
Distretto Sociosanitario 13 Extra-Genova-Levante	7	29.725
Distretto Sociosanitario 14 Tigullio Occidentale	4	40.612
Distretto Sociosanitario 15 Chiavarese	19	69.336
Distretto Sociosanitario 16 Tigullio	7	30.903
Distretto Sociosanitario 17 Riviera E Val Di Vara	19	37.067
Distretto Sociosanitario 2 Sanremese	14	81.194
Distretto Sociosanitario 3 Imperiese	35	72.377
Distretto Sociosanitario 4 Albenganese	20	59.864
Distretto Sociosanitario 5 Finalese	16	53.436
Distretto Sociosanitario 6 Bormide	19	37.617
Distretto Sociosanitario 7 Savonese	14	116.667
Distretto Sociosanitario 8 Extra-Genova	7	31.188
Distretto Sociosanitario Das 18 Spezzino	3	105.334
Distretto Sociosanitario Das 19 Val Di Magra	7	69.925
REGIONE LIGURIA	234	1.508.847



Popolazione media per ATS: 83.825 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 552.702

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei servizi sociali della Liguria si articola in 19 ATS con un numero medio di 13 Comuni, aventi tra loro una dimensione demografica fortemente differenziata (da poco più di 9mila a 561mila abitanti). La delibera del Consiglio Regionale Regione Liguria del 21 febbraio 2024, n. 7, ha approvato il **Piano sociale Integrato Regionale (PSIR) 2024-26** ai sensi della legge regionale n. 12 del 2006. All'interno di tale documento viene descritta la nuova organizzazione dei livelli di governance sociali in Regione Liguria. Attualmente la governance prevede 19 Distretti sociosanitari, a loro volta articolati in 68 Ambiti Territoriali Sociali, costituiti da comuni singoli o associati. All'Ambito sono ricondotte le funzioni di servizio sociale di base e di comunità, mentre al Distretto le funzioni sociali complesse e quelle a valenza sociosanitaria che costituiscono il fulcro dell'integrazione con il Distretto Sanitario. La riforma in atto, che prende attivazione proprio con l'approvazione dello PSIR, prevede che gli Ambiti territoriali sociali dovranno coincidere con i Distretti sociosanitari, in questo modo i 68 ATS attualmente presenti saranno gradualmente eliminati, entro la fine del 2025, per dare attuazione alle indicazioni contenute nella legge 12/2006, fino a coincidere così con i 19 Distretti sociosanitari. È lo stesso PSIR a definire le diverse forme organizzative in cui possono organizzarsi gli Ambiti, indicando quelle previste agli articoli 30, 31 e 32 del D.lgs. 267/2000: la convenzione, l'Unione di Comuni, il consorzio".

Il quadro normativo

La Regione Liguria disciplina il sistema regionale dei servizi sociali con la Legge regionale 24 maggio 2006, n.12. È in fase di attuazione una **riorganizzazione degli assetti territoriali**. Attualmente si è definito il passaggio delle funzioni dei Distretti sociosanitari ai nuovi Ambiti Territoriali Sociali.

Contenuti specifici delle norme regionali

L'art. 5 della legge regionale n. 12 del 2006 sostiene che i comuni "in forma associata o decentrata nelle forme di legge, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera a) della l. 328/2000, debbano provvedere alla

gestione dei servizi sociali negli Ambiti Territoriali Sociali”, definiti nell’art. 6 della medesima come “la sede della programmazione e della gestione dei servizi sociali per i quali l’ambito costituisce la dimensione territoriale ottimale”.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Non esistono forme di incentivazione previste dalle indicazioni regionali verso la costruzione della gestione associata negli ambiti territoriali. La Regione fornisce indicazioni generali come l’individuazione degli ambiti territoriali come i luoghi ove Comuni limitrofi si associano, o Comuni di maggiori dimensioni si decentrano, per programmare e gestire in forma associata o decentrata l’organizzazione dei servizi sociali di base.

La coincidenza territoriale degli ambiti

I confini territoriali del Distretto sociosanitario (Ambito Territoriale Sociale) **coincidono con i confini del Distretto sanitario**, definiti ai sensi del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, e della Zona Sociale di cui all’articolo 19 della l. 328/2000. Tale coincidenza territoriale è attuata in tutta la Regione con l’eccezione dell’ATS Genova che ha una configurazione amministrativa che comprende alcuni piccoli comuni limitrofi. **Manca una sovrapposizione tra gli ambiti territoriali e le aree di competenza dei CPI**, la cui articolazione amministrativa e territoriale resta significativamente differente rispetto a quella dei servizi sociali, nonostante le previsioni normative più volte richiamate anche in sede di programmazione regionale. I CPI della Regione Liguria sono 15, variamente articolati e territorialmente non coincidenti con l’articolazione degli Ambiti territoriali. Anche l’estensione delle aree di competenza dei CPI non è coincidente con quella dei distretti sociosanitari, se non in alcuni casi.

La governance regionale

La programmazione sociale è attribuita alla competenza della **Direzione generale Area salute e Servizi sociali e al sottostante Settore politiche sociali. Terzo settore. Immigrazione e pari opportunità**. L’Assessorato di competenza è Sanità, Politiche sociosanitarie e sociali, Terzo settore.

Il *Tavolo Regionale per la Rete della Protezione e dell’Inclusione Sociale* non è ancora stato formalizzato in Regione Liguria.

La normativa regionale prevede all’art. 15 della legge 12/2006 l’istituzione della **Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale**. Tale conferenza è così composta: assessori regionali e provinciali competenti per le Politiche Sociali e Sanitarie, dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci delle ASL, dai Direttori Generali delle ASL e da cinque rappresentanti delle Autonomie locali designati dall’ANCI. Partecipano alla Conferenza anche tre rappresentanti individuati tra i membri della *Consulta Regionale del Terzo Settore*. Sono invitati anche i Direttori generali delle Aziende ospedaliere e degli altri erogatori pubblici o equiparati, quando si tratti di materie di loro competenza. La Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria Regionale si esprime sugli aspetti organizzativi del sistema sociosanitario, sulla pianificazione triennale sociale e sociosanitaria, nonché sulla valutazione dei progetti sociosanitari di rilievo sovra distrettuale o regionale.

Parallelamente vengono istituiti anche altri tavoli di ascolto come la *Consulta regionale del Terzo settore* e la *Consulta della Famiglia*, per aumentare la capacità di ascolto del territorio e l’intercettazione di

problematiche e opportunità, come previsto rispettivamente dagli articoli n.17 e 20 sempre della già citata legge n. 12/2006.

La governance territoriale

La governance territoriale prevede, quale organo di governo, la **Conferenza dei Sindaci di ATS** (art. 11 lr.12/2006), composto da tutti i sindaci dei comuni aderenti all'Ambito stesso. La Conferenza ha come compiti l'allocazione delle risorse economiche per la gestione associata dei servizi sociali e sociosanitari e l'approvazione dei Piani di zona. Si rapporta con il Direttore sociale proprio per la predisposizione del Piani di zona e con il direttore dell'ASL per la definizione del Piano delle attività territoriali (PAT).

A questo organo di governo si sovrappone la *Conferenza dei sindaci ASL*, che ha il compito di definire la pianificazione sanitari e fornire anche macro-indirizzi alla pianificazione degli ambiti.

Infine, in maniera sovraordinata, la normativa regionale prevede l'istituzione di una *Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria* che raccoglie le istanze dei comuni, delle ASL e degli altri enti locali in ambito di programmazione socio sanitaria e sanitaria. Tale conferenza si esprime sulla pianificazione triennale sanitaria e sociale e sui progetti sociosanitari di rilievo regionale.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La normativa regionale prevede la definizione di un PSIR, che contiene indicazioni sulla pianificazione dei servizi sociali regionali, sia da un punto di vista organizzativo, che di servizi da erogare in funzione dei target di beneficiari presi in carico, nonché qualche indicazione in ordine ai servizi sanitari, e all'integrazione con le politiche per il lavoro.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 5 agosto 2022, n. 786-2022 si è data anche approvazione del *Programma regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà* e di riparto delle relative risorse -triennio 2021/2023, che fornisce indicazioni circa le modalità di utilizzo del fondo e le risorse a disposizione degli ambiti.

Al livello territoriale, lo strumento di programmazione e di attuazione delle linee regionali contenute nello PSIR è il Piano di zona, definito e costruito attraverso l'attività dell'Ufficio di piano.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Presso ciascun Ambito è previsto un Ufficio di Piano, come identificato nello PSIR, con i seguenti compiti:

- elaborazione di proposte e atti necessari alla realizzazione degli obiettivi di Piano;
- mantenimento dei rapporti operativi con i soggetti pubblici e privati, attivi nella realizzazione del Piano di Zona;
- attivazione delle reti territoriali esistenti e promozione di nuove reti in relazione agli obiettivi ed alle priorità della pianificazione;
- cura dei rapporti necessari per l'integrazione delle politiche sociali con quelle sociosanitarie, educative, dell'istruzione, casa e formazione e lavoro;
- rilevazione e gestione sistematica dei dati relativi al sistema della domanda e dell'offerta sociale ed assolvimento dei debiti informativi;
- analisi dei flussi di finanziamento e della spesa complessiva del settore sociale;
- elaborazione di report quali-quantitativi e sperimentazione di indicatori e standard di

- valutazione, rispetto all'efficacia e all'efficienza dei progetti e degli interventi;
- supporto tecnico e attuazione degli indirizzi e delle scelte assunte dall'Assemblea dei Sindaci.

L'ufficio di piano è costituito da un direttore sociale, figura dirigenziale, coadiuvato da quattro coordinatori di area tematica (minori, anziani e disabili, adulti e povertà, e welfare di comunità), psicologo, educatore socio-pedagogico, mediatore di rete e di comunità e di un funzionario amministrativo.

Il Direttore Sociale si avvale di una Segreteria Tecnica-organizzativa composta da un funzionario amministrativo e da funzionari assistenti sociali titolari di posizione organizzativa, con funzioni di responsabili di area tematica che garantiscono il coordinamento dei relativi servizi sociali territoriali. La Segreteria Tecnica si articola in almeno quattro Aree di competenza specifica: Minori, Anziani e Disabilità, Adulti e Povertà e Welfare di Comunità.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

La normativa nazionale in materia di livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del servizio sociale professionale su scala di ambito. In Liguria l'organizzazione del servizio resta autonoma su scala comunale e non viene definito un coordinatore unico, responsabile del servizio a livello regionale e di Distretto sociosanitario. Il progetto di aggiornamento e formazione resta in capo ai comuni. Con l'introduzione del LEPS di Supervisione si è cercato di spostare verso il livello regionale l'aggiornamento e la formazione specifica degli Assistenti sociali. Per quanto concerne la strumentazione informatica, lo strumento che gli operatori territoriali per la presa in carico integrata della persona dovranno utilizzare e implementare è la "Cartella a CASA", applicativo della piattaforma IT-CURA. Tale strumento dovrà essere utilizzato per caricare gli interventi in atto sui beneficiari in modo da garantire maggiore efficienza con riduzione degli aspetti di dispersione e frammentarietà delle informazioni. Tale sistema è in grado di garantire:

- interoperabilità tra i diversi sistemi informativi usati a livello territoriale dai professionisti sociosanitari;
- condivisione ed armonizzazione dei percorsi di assistenza individuale;
- fornitura di informazioni cliniche e dialogo con i sistemi sanitari;
- trasmissione di dati al sistema sanitario centrale.

Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio nella pubblica amministrazione con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:3.734 (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁴⁸.

⁴⁸ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 18 sul totale di 19.

Lombardia



Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Abbiategrosso	14	83.307
Albino Valle Seriana	18	95.610
Alto e Basso Pavese	48	124.183
Alto Milanese	22	258.307
Alto Sebino	10	29.752
Arcisate	11	49.524
Asola	12	45.307
Azzate	13	51.370
Bassa Bresciana Centrale - 9	20	115.050
Bassa Bresciana Occidentale - 8	15	56.753
Bassa Bresciana Orientale - 10	7	67.761
Bellano	29	53.009
Bergamo	6	152.977
Bormio	6	24.809
Brescia - 1	2	203.122
Brescia Est - 3	13	98.343
Brescia Ovest - 2	11	101.015
Broni e Casteggio	49	68.979
Busto Arsizio	1	83.439
Campione D'Italia	1	1.793
Cantù	8	73.679
Carate Brianza	13	154.773
Castellanza	7	65.596
Cernusco sul Naviglio	9	122.928
Chiavenna	12	24.546
Cinisello Balsamo	4	140.692
Cittiglio	24	69.274
Como	21	140.690
Corsico	6	120.287
Crema	48	161.169
Cremona	48	156.636
Dalmine	17	147.207
Desio	7	193.831
Dongo	16	16.698
Erba	28	73.081
Gallarate	9	122.855
Garbagnate Milanese	8	192.567
Garda - Salò - 11	22	126.468
Grumello	8	50.697
Guidizzolo	9	64.813
Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino	25	136.486
Lecco	31	160.757
Lodi	61	236.967
Lomazzo - Fino Mornasco	19	104.485
Lomellina	51	174.278
Luino	24	55.024

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Magentino	13	131.668
Mantova	14	157.031
Mariano Comense	6	59.246
Melzo	8	84.451
Menaggio	29	37.398
Merate	24	119.812
Milano Città	1	1.371.850
Monte Bronzone - Basso Sebino	12	31.869
Monte Orfano - 6	6	60.215
Monza	3	172.696
Morbegno	25	47.425
Oglio Ovest - 7	11	97.387
Oglio Po	27	82.194
Olgiate Comasco	20	91.534
Ostiglia	13	42.211
Paullo	5	57.347
Pavia	12	103.873
Pioltello	4	95.209
Rho	9	174.174
Romano di Lombardia	17	86.197
San Giuliano Milanese	9	112.991
Saronno	6	97.057
Sebino - 5	12	54.332
Seregno	10	170.033
Seriate	11	78.386
Sesto Calende	12	49.644
Sesto San Giovanni	2	125.608
Somma Lombardo	9	69.622
Sondrio	22	54.198
Suzzara	6	51.227
Tirano	12	27.970
Tradate	8	55.765
Treviglio	18	112.760
Trezzo sull'Adda	7	44.470
Valle Brembana	37	39.826
Valle Cavallina	20	54.913
Valle Imagna e Villa d'Almè	20	52.781
Valle Sabbia - 12	27	74.550
Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve	24	41.767
Valle Trompia - 4	18	109.067
Vallecamonica	41	98.208
Varese	12	111.830
Vimercate	22	186.347
Visconteo Sud Milano	11	124.569
Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese	26	67.926
REGIONE LOMBARDIA	1.504	10.020.528

Popolazione media per ATS: 110.116 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 1.370.057

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei servizi sociali della Lombardia si articola in 91 ATS con un numero medio di 17 Comuni, aventi una dimensione demografica tra loro fortemente differenziata (dai quasi 2mila abitanti di Campione d'Italia agli oltre 1,7 milioni dell'ATS di Milano). Tra questi, tre (Milano, Campione d'Italia, Busto Arsizio) sono città mono-comunali, nelle quali il confine amministrativo dell'ambito coincide con quello del comune. I restanti ambiti gestiscono i servizi sociali territoriali prevalentemente tramite Unioni di Comuni (art. 32 del TUEL 267/2000), Comunità Montane e Aziende sociali speciali⁴⁹. Sono inoltre presenti una Fondazione e una ASP.

Il quadro normativo

La Regione Lombardia ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali in attuazione della legge-quadro 328/2000 tramite la Legge Regionale 3/2008 Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.

Non esiste una norma regionale prettamente dedicata alla gestione associata, ma costituiscono, normative di rilievo:

- L.R. n° 19/2008 Riordino delle Comunità montane della Lombardia, disciplina delle unioni di comuni lombarde e sostegno all'esercizio associato di funzioni e servizi comunali;
- L.R. n° 22/2011, che va a modificare la L.R. 19/2008 a seguito della disciplina statale in tema di gestioni associate obbligatorie per i comuni sopra i 5.000 abitanti, ovvero 3.000 abitanti se appartengono a Comunità montane.
- L. R n° 16/2016 Disciplina regionale dei servizi abitativi, che disciplina la *governance* degli interventi territoriali per le politiche abitative ricalcando quella degli Ambiti Territoriali.

Contenuti specifici delle norme regionali

La legge 3/2008 definisce l'articolazione del sistema di interventi e dei servizi sociali e socio-sanitari. Fa riferimento alla gestione associata dei servizi unicamente all'Art. 11, dedicato alle competenze regionali e dove si definisce che *"La Regione individua nella gestione associata la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei comuni."* Per quanto riguarda la definizione degli Ambiti Territoriali Sociali, la L.3/2008 non ne definisce la mappatura, ma ne promuove genericamente la coincidenza con i Distretti Socio-sanitari: *"L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL"* (Art. 18).

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La Regione non prevede forme di incentivazione della gestione associata. Con le Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020, la Regione ha promosso tramite un sistema premiale un processo di accorpamento degli Ambiti territoriali, che sono così passati da 98 ai 91 attuali.

La coincidenza territoriale degli ambiti

Il disegno territoriale del sistema dei servizi prevede 91 ATS, che definiscono la propria programmazione attraverso i Piani di Zona. La coincidenza territoriale dell'ATS con il Distretto Socio-sanitario, già definita dalla

⁴⁹ Aziende che hanno costituito anche un network tra loro: www.neass.it.

L.R. 3/2008, è stata successivamente richiamata dalla legge 33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, dalla Legge regionale 23/2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33” e infine dalla L.R. 22/2021 di riforma socio-sanitaria “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”. Nei fatti, gli ATS attualmente per lo più coincidono con i Distretti socio-sanitari, anche se sono presenti territori in cui ad un Ambito corrispondono due Distretti, e viceversa Distretti nei quali sono presenti due Ambiti. La pubblicazione da parte di Regione delle Linee Guida per la programmazione dei Piani di Zona – che avviene normalmente con cadenza triennale a meno di proroghe – è sempre accompagnata dall’elenco degli Ambiti, delle relative afferenze per Agenzia di Tutela della Salute e ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) e della relativa codifica regionale, collegata con la codifica nazionale. Non è invece prevista una coincidenza tra ATS e perimetro di intervento dei CPI, che attualmente sono 64.

La governance regionale

La programmazione sociale è attribuita a:

- Assessorato Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità
- Direzione Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità
- Struttura – Sistema degli interventi e delle Unità di Offerta Sociale

Al momento non è istituito il Tavolo Regionale per la Rete della Protezione e dell’Inclusione Sociale. E’ istituito e attivo, tuttavia, un Tavolo regionale del terzo settore dove vengono portate e concertate tutte le azioni di riforma, le misure introdotte e i provvedimenti di indirizzo, oltre ad una continua interlocuzione con ANCI Lombardia.

La governance territoriale

L’organo di riferimento a livello territoriale è l’Assemblea dei sindaci (composta da tutti i sindaci dei comuni dell’Ambito) che approva il Piano di Zona, la programmazione e i riparti dei fondi. Sono presenti diffusamente tavoli di consultazione o co-programmazione con gli Enti del Terzo Settore ma non si sono formalizzate reti per l’inclusione sociale.

La pianificazione regionale e quella territoriale

Gli strumenti attualmente in uso per la pianificazione regionale sono:

- Piano Socio-sanitario 2024/28 in cui rientra una sezione dedicata alla programmazione sociale;
- Linee di indirizzo regionali per la programmazione dei Piani di Zona;
- Delibera delle regole pubblicata annualmente in cui si tratta la declinazione della parte socio-sanitaria;
- Piano regionale per il contrasto alla povertà.

I Piani di Zona relativi al triennio 2021/2023 sono stati prorogati di un anno con DGR 1473 del 04 dicembre 2023. È stata avviata la programmazione dei nuovi Piani di Zona per il triennio 2025/2027, secondo le Linee di indirizzo per la programmazione definite con DGR n. 2167 del 15 aprile 2024.

L’assetto organizzativo dell’Ufficio di Piano

L’assetto organizzativo dell’Ufficio di Piano è estremamente eterogeneo a livello regionale, e non vi sono

indicazioni specifiche da parte regionale in merito alla sua composizione in termini di ruoli, funzioni o professionalità che devono essere garantite.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

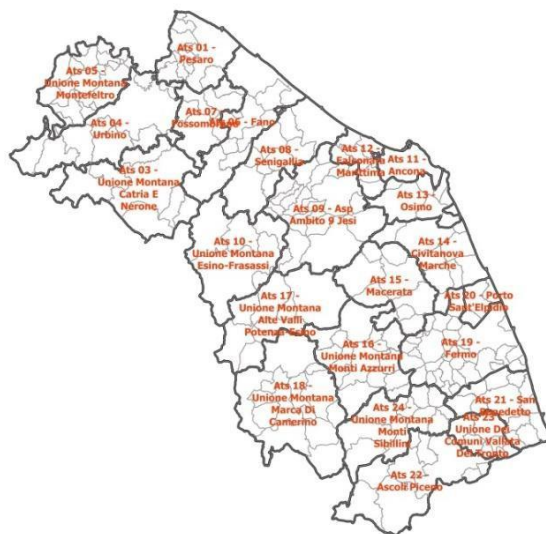
Anche l'assetto organizzativo del Servizio Sociale professionale è molto variegato, tanto relativamente alla presenza di forme di gestione associata del servizio, quanto relativamente alla gestione diretta o esternalizzata. L'esternalizzazione risulta, tuttavia, una forma residuale di gestione. Quale strumento a supporto della gestione associata, a partire dal 2016 la regione ha promosso lo sviluppo delle cartelle sociali informatizzate per la gestione dei servizi sociali dei Comuni, attraverso la definizione di Linee Guida regionali e un sistema di premialità finalizzato a promuoverne lo sviluppo a livello di Ambito Territoriale.

Dal punto di vista del raggiungimento del LEPS, al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente su base regionale era di 1: 4.530 (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁵⁰.

⁵⁰ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 89 sul totale di 91.

Marche

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Ats 01 - Pesaro	8	138.101
Ats 03 - Unione Montana Catria E Nerone	7	19.707
Ats 04 - Urbino	9	40.944
Ats 05 - Unione Montana Montefeltro	12	17.213
Ats 06 - Fano	9	100.350
Ats 07 - Fossombrone	6	34.020
Ats 08 - Unione dei Comuni Le terre della Marca Senone	9	76.374
Ats 09 - Asp Ambito 9 Jesi	21	103.456
Ats 10 - Unione Montana Esino-Frasassi	5	43.275
Ats 11 - Ancona	1	99.239
Ats 12 - Falconara Marittima	7	68.182
Ats 13 - Osimo	7	83.275
Ats 14 - Civitanova Marche	9	122.013
Ats 15 - Macerata	9	89.954
Ats 16 - Unione Montana Monti Azzurri	15	36.823
Ats 17 - Unione Montana Alte Valli Potenza-Esino	8	30.439
Ats 18 - Unione Montana Marca Di Camerino	11	12.446
Ats 19 - Fermo	31	110.537
Ats 20 - Porto Sant'Elpidio	3	50.293
Ats 21 - San Benedetto	12	100.829
Ats 22 - Ascoli Piceno	9	64.103
Ats 23 - Unione Dei Comuni Vallata Del Tronto	7	30.270
Ats 24 - Unione Montana Monti Sibillini	11	12.584
REGIONE MARCHE	226	1.484.427



Popolazione media per ATS: 65.540 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 125.655

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema dei servizi sociali delle Marche si articola in 23 Ambiti territoriali di modesta dimensione demografica (6 ATS superano i 100mila abitanti). Dei 23 ATS uno solo è mono-ambito (quello di Ancona capoluogo di regione); un ATS è organizzato in Azienda Servizi alla persona (ASP) istituita sulla base della l.r. 5/2008 di riordino delle IPAB che prevede all'art. 10 la possibilità di istituire anche nuove aziende; 8 ATS (tutti dell'entroterra marchigiano) utilizzano l'istituto dell'Unione Montana; 2 ATS utilizzano l'istituto dell'Unione dei comuni; 11 gestiscono i servizi sociali territoriali tramite Convenzione (art. 30 del TUEL 267/2000).

Il quadro normativo precedente all'approvazione della legge regionale

Il 1° dicembre 2014 è stata approvata la l.r. 32, "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia", con l'obiettivo di stabilizzare il sistema sperimentato negli anni precedenti con diversi provvedimenti amministrativi e rafforzare l'organizzazione istituzionale, individuando l'ATS come soggetto centrale. La legge non introduce l'obbligatorietà dell'esercizio associato dei servizi sociali. All'art. 6, comma 3, prevede che i Comuni all'interno degli ATS gestiscano in forma associata i servizi sociali (art. 1, comma 3, e art. 4), seguendo le modalità del d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico degli enti locali), salvo i casi in cui un singolo Comune coincida con l'ATS. Il comma successivo permette la

gestione dei servizi tramite aziende pubbliche di servizi alla persona (l.r. 5/2008) o Unioni montane (l.r. 35/2013).

All'art. 7 prevede che il coordinatore dell'ATS si avvalga di una struttura amministrativa definita dal Comitato dei Sindaci e sia supportato dall'Ufficio di Piano, composto almeno dai dirigenti/responsabili dei servizi sociali e socioeducativi dei Comuni e dal direttore del distretto sanitario per l'integrazione socio-sanitaria.

Le forme e gli strumenti di incentivazione alla gestione associata⁵¹

In accordo con i servizi regionali dedicati al sistema degli enti locali, sono stati adottati diversi atti per incentivare la gestione associata dei servizi sociali. Tra i principali interventi elenchiamo:

Incentivi per l'integrazione istituzionale e territoriale: L.R. 46/2013 (*Disposizioni finalizzate ad incentivare l'integrazione istituzionale e territoriale*) e DGR 809/2014 definiscono criteri e modalità per promuovere fusioni, unioni e convenzioni fra Comuni. Priorità assoluta è data ai Comuni nati da fusioni, anche tramite benefici economici e agevolazioni nei vincoli di bilancio.

Limiti demografici per le Unioni di Comuni: Con la L.R. 23/2014, è stato introdotto un limite minimo di 5000 abitanti per le Unioni di Comuni (3000 per le zone montane), in deroga alla normativa statale, per garantire la legittimità delle forme associative.

Incentivi economici per le fusioni di Comuni: Le fusioni sono sostenute da contributi regionali, disciplinati dalla DGR 808/2014, che richiede rendicontazioni periodiche. Studi di fattibilità possono essere elaborati con il supporto della Regione, come previsto dall'art. 20 della L.R. 18/2008.

Programma di riordino territoriale: Adottato con DGR 773/2014 e approvato dall'Assemblea Legislativa con deliberazione n. 124/2015, il programma individua gli ambiti territoriali sociali (ATS) come dimensioni ottimali per l'esercizio associato delle funzioni fondamentali.

La coincidenza territoriale degli ambiti

Nelle Marche c'è coincidenza territoriale parziale tra ATS e Distretti Sanitari, infatti 6 ATS coincidono con il Distretto Sanitario, 16 ATS sono contenuti in 7 Distretti Sanitari (situazioni in cui la coincidenza non è 1 a 1, ma all'interno dei confini di un distretto sono contenuti due o tre ambiti sociali, trattasi quindi di 7 distretti "multi-Ambito"), solo 1 Ambito Sociale è suddiviso tra 2 Distretti Sanitari. Le UOSES (di cui alla DGR 110/2015), unità funzionali per l'integrazione socio-sanitaria, costituiscono l'organismo sovra-ambito che raccorda la programmazione e gestione dei servizi socio-sanitari. Nel vigente piano socio-sanitario è previsto l'aggiornamento di tale modello, che integra gli strumenti di programmazione in capo alla filiera sociale e a quella sanitaria, per adeguarlo alle ultime previsioni normative nazionali e regionali. Ad oggi i 13 Distretti sanitari sono raggruppati sono raggruppati in 5 AST (Aziende sanitarie territoriali) a seguito della L.r. 19/2022 "Organizzazione del servizio sanitario regionale" che ha modificato una precedente legge regionale che aveva istituito una unica azienda sanitaria Regionale (ASUR) articolata in cinque aree vaste e 13 distretti.

La governance regionale

La Legge Regionale 32/2014, all'articolo 9, ha istituito il Coordinamento regionale degli ATS, presieduto dal Presidente della Giunta regionale (o da un Assessore delegato) e composto dai Presidenti dei

⁵¹ Fonte: Gestioni associate intercomunali (regione.marche.it)

Comitati dei Sindaci. Compiti principali del Coordinamento sono garantire efficacia, efficienza e uniformità nell'erogazione dei servizi sociali sul territorio regionale; operare presso la struttura organizzativa regionale competente.

All'articolo 10, è stata istituita la Conferenza permanente dei Coordinatori degli ATS, che svolge funzioni di supporto e raccordo tra i coordinatori per favorire una migliore attuazione delle disposizioni della legge.

Con riferimento all'art. 21 del D.Lgs. 147/2017, la Regione Marche ha integrato i coordinamenti previsti dalla legge regionale con la Rete nazionale della protezione e inclusione sociale, attraverso la DGR 1093/2024, modificando quanto stabilito dalla precedente DGR 13/2020. La struttura regionale della Rete prevede:

1. Tavolo regionale della protezione e inclusione sociale (livello politico).
2. Tavolo tecnico inter-servizi (livello tecnico).

La programmazione regionale e quella territoriale

I principali strumenti di programmazione regionale nelle Marche sono i seguenti:

1. Piano Sociale Regionale 2020-2022, approvato con Deliberazione n. 109 del 12 maggio 2020, mira a promuovere la collaborazione tra servizi sociali, istruzione, lavoro, sanità, politiche abitative e agricoltura sociale, coinvolgendo il Terzo Settore e integrando strategie di sviluppo locale e territoriale.
2. Piano sociosanitario regionale 2023-2025, approvato con deliberazione n. 57 del 9 agosto 2023, si propone come guida strategica per garantire salute, sicurezza e innovazione nella Regione Marche.
3. Piano nazionale per il contrasto alla povertà: attuato a livello regionale con la DGR n. 1722/2022.
4. Piano nazionale non autosufficienza: implementato con la DGR n. 1496/2023.

La **L.R. 32/2014**, art. 14, stabilisce che gli ATS elaborino **Piani triennali** in linea con il Piano Sociale Regionale e il Piano sociosanitario regionale e **Programmi attuativi annuali** per dettagliare gli interventi del piano triennale, adottati entro marzo di ogni anno. I Piani di ATS includono: analisi dei bisogni locali e strategie d'intervento, tipologie di servizi da attuare, collaborazioni con soggetti istituzionali e del Terzo Settore, progetti innovativi e nuove istituzioni di servizi.

Con la **DGR 1086/2023**, sono stati istituiti i Gruppi di Valutazione Locale (GVL) per monitorare e valutare gli interventi nell'ambito del Programma Operativo Regionale FSE+ 2021-2027. La composizione dei GVL è strutturata in due principali équipe, interna ed esterna, ognuna con ruoli specifici. L'équipe interna, che opera all'interno degli ATS, è guidata dal Coordinatore dell'ATS, che assume il ruolo di moderatore e relatore. A supporto, sono coinvolti operatori specializzati in diverse funzioni, come la gestione degli sportelli sociali, la presa in carico degli utenti, il tutoraggio e l'inserimento lavorativo, l'assistenza socioeducativa e domiciliare e il trasporto sociale (ad eccezione del trasporto scolastico). Inoltre, sono previste competenze amministrative per garantire il funzionamento del sistema. L'équipe esterna è composta da rappresentanti di vari soggetti chiave del territorio. Tra questi figurano i rappresentanti del Terzo Settore, che però non devono essere fornitori dei servizi valutati, e i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali locali. A questi si aggiungono il direttore del Distretto Sanitario (o un suo delegato) e il responsabile dei CPI (o un suo delegato).

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

L'art. 7 della L.R. 32/2014 regola gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Al comma 3, è previsto che il Comitato dei Sindaci nomini il Coordinatore dell'ATS, seguendo i criteri stabiliti dalla Giunta regionale. Al comma 4, si stabilisce che il Coordinatore sia supportato da una struttura amministrativa la cui composizione è determinata dal Comitato dei Sindaci, e che si avvalga dell'Ufficio di Piano, composto dai dirigenti o responsabili dei servizi sociali dei Comuni e dal direttore del Distretto Sanitario per le attività di integrazione sociosanitaria.

L'Ufficio di Piano, che fa capo all'Ente capofila dell'ATS, è presieduto dal Coordinatore e coadiuvato da un membro dell'Ufficio di Staff. Esso ha il compito di: redigere la proposta del Piano di Zona e del Bilancio Sociale in conformità con le linee indicate dal Comitato dei Sindaci, concertate con le realtà territoriali; analizzare il territorio dell'Ambito, identificando bisogni emergenti e risorse presenti; proporre idee per l'elaborazione dei Piani di Settore e la creazione di una rete integrata di servizi; partecipare ai tavoli di settore; collaborare con il Coordinatore alla stesura dei Piani di Zona. L'Ufficio di Piano può essere integrato con altri soggetti e figure professionali competenti, su convocazione.

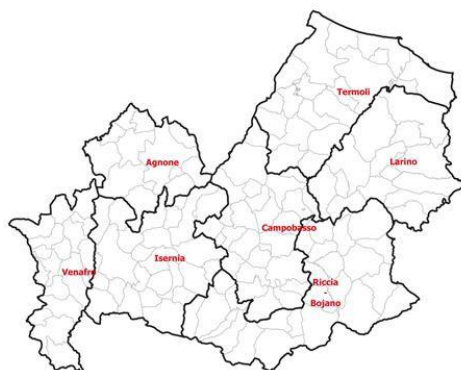
L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:5.247 abitanti (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁵².

⁵² Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 18 sul totale di 19.

Molise

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Agnone	12	10.414
ATS LARINO	14	25.595
Campobasso	26	78.405
ISERNIA	24	42.529
Riccia - Bojano	25	38.012
Termoli	19	68.016
Venafro	16	26.442
REGIONE MOLISE	136	289.413



Popolazione media per ATS: 41.345 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 66.991

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei servizi sociali del Molise si articola in 7 ATS con un numero medio di 19 Comuni e di modesta dimensione demografica (nessuno supera gli 80mila abitanti). Tutti gli ambiti sono costituiti tramite convenzione, ai sensi dell'art. 30 del TUEL 267/2000.

Il quadro normativo

La Regione Molise ha disciplinato il sistema integrato di interventi e servizi sociali, volto con la Legge regionale 6 maggio 13 2014 "Riordino del sistema integrato regionale degli interventi sociali" e con il regolamento 27 febbraio 2014 n. 1, regolamento di attuazione della legge regionale 13 del 6 maggio 2014 - regolamento 1 come modificata con dgr 58 del 9 marzo 2022.

Contenuti specifici delle norme regionali

La legge regionale 13 del 6 maggio 2014 stabilisce che: "Il Piano sociale regionale individua, sulla base dell'omogeneità territoriale, gli Ambiti territoriali sociali e ne definisce l'assetto istituzionale e organizzativo e che la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei Comuni avviene nelle forme previste dalla legislazione vigente". Il Piano sociale regionale può prevedere l'obbligo di gestire in forma associata gli interventi a carattere innovativo e sperimentale di interesse regionale. Gli ambiti territoriali sociali costituiscono il riferimento unico per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi sociali. L'ente cui è attribuita la responsabilità della gestione associata esercita le funzioni su tutto il territorio dei Comuni partecipanti, salvo quanto diversamente disposto dall'atto associativo".

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Anche se la normativa regionale prevede la promozione la gestione associata dei servizi sociali anche attraverso forme di premialità previste nel Piano sociale regionale (art.32 legge 13), il PSR 2020-22 suggerisce ai Comuni di gestire i servizi attraverso la Convenzione: "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, la Regione suggerisce come forma di associazione per la gestione dei servizi sociali, di cui al presente Piano, la Convenzione ex art. 30 del TUEL, con l'individuazione di un "ufficio comune", presso il Comune capofila, denominato "Ufficio di Piano".

La coincidenza territoriale degli ambiti

A fronte di 7 ATS l'attuale sistema sanitario regionale prevede la presenza di una unica ASL e di 3 Distretti Sanitari. Gli ambiti appartengono al distretto sanitario della provincia di cui fanno parte. I CPI della Regione Molise sono 3: Campobasso, Isernia, Termoli.

La governance regionale

Il Piano sociale regionale è lo strumento di governo del sistema dei servizi e delle attività sociali. La Giunta regionale, attuate le procedure di concertazione previste dalla normativa regionale, adotta la proposta di Piano sociale regionale che è presentato al Consiglio regionale per la sua approvazione. La normativa regionale prevede l'istituzione della consulta regionale per le politiche sociali e della Conferenza Regionale delle Politiche Sociali. La Consulta è nominata dal Presidente della Giunta regionale e presieduta dall'Assessore competente, e le modalità di funzionamento sono disciplinate con regolamento interno, approvato dalla Consulta stessa. La Conferenza regionale delle politiche sociali è presieduta dal Direttore del Servizio regionale Assistenza sociosanitaria e politiche sociali. Il Tavolo Regionale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale non è ancora stato istituito nonostante sia stato previsto dal Piano Regionale sulla Povertà.

La Consulta regionale per le politiche sociali svolge funzioni consultive e propositive nelle materie di cui alla presente legge e promuove iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale ed è composta da Presidenti dei Comitati dei Sindaci degli Ambiti territoriali sociali; Presidenti delle Province; Direttore generale dell'ASREM; Presidente dell'ANCI; un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tre rappresentanti del terzo settore designati dal volontariato, dall'associazionismo di promozione sociale, un rappresentante designato dagli Ordini professionali che operano nelle politiche sociali.

La Conferenza regionale delle politiche sociali ha il compito di verificare lo stato di attuazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari sul territorio regionale, monitorare i processi di integrazione in atto e i risultati conseguiti per elaborare, in modo allargato e partecipato, le proposte di indirizzo per la programmazione sociale regionale. La Conferenza regionale delle politiche sociali è composta da: il Direttore del Servizio Assistenza sociosanitaria e politiche sociali; il Direttore del Servizio Politiche per l'occupazione; il Direttore del Servizio Sistema integrato dell'Istruzione e Formazione professionale i Direttori dei Distretti sanitari i Coordinatori degli Ambiti territoriali sociali.

La governance territoriale

I soggetti istituzionali che partecipano alla governance dell'ATS sono:

1. Il **Comitato dei Sindaci** è l'organo politico dell'ATS ed è composto dai Sindaci dei Comuni (o da loro delegati scelti espressamente tra Assessori o Consiglieri Comunali), appartenenti all'ATS stesso. Esso si riunisce periodicamente ed almeno due volte l'anno, per approvare il rendiconto delle attività svolte

nell'anno precedente e il piano attuativo annuale della programmazione triennale.

2. Il **Responsabile Amministrativo**. Se diverso dal Coordinatore d'Ambito, è incaricato della gestione dell'Ufficio di Piano, dell'adozione dei provvedimenti gestionali e amministrativi e della gestione del personale, nel rispetto delle procedure definite dalle norme di riferimento e dai regolamenti locali.
3. Il **Coordinatore d'Ambito**, previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1146 del 04.11.2008, si configura come organo tecnico del Comitato dei Sindaci. 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 svolge le seguenti funzioni: a) responsabile dell'Ufficio di Piano, in ragione delle scelte gestionali effettuate da ogni ATS; cura, in collaborazione con l'Ufficio di Piano, e con il Responsabile del Distretto sanitario di appartenenza per la parte socio-sanitaria, la redazione della proposta del Piano di Zona e del Bilancio Sociale dell'Ambito, in base alle linee espresse dal Comitato dei Sindaci e concertate con le diverse realtà territoriali; svolge compiti di coordinamento del processo di costruzione del PdZ attivando rapporti, relazioni e attività di concertazione, sulla base delle indicazioni dei Sindaci dei Comuni dell'ATS di appartenenza; svolge funzioni di verifica sullo stato di attuazione del PdZ, segnalando al Comitato dei Sindaci eventuali difficoltà in ordine agli obiettivi definiti nel Piano; collabora con il Comitato dei Sindaci nella organizzazione e nel coordinamento degli Uffici di Segretariato Sociale; collabora nelle attività di raccolta dati per la costruzione del Sistema Informativo locale, secondo le indicazioni del Servizio regionale competente ed in collaborazione con l'Osservatorio regionale sui fenomeni sociali ed informa dei risultati il Comitato dei Sindaci; collabora alla definizione dei percorsi formativi all'interno dell'ATS, sulla base degli indirizzi della Regione; partecipa al processo dell'integrazione socio-sanitaria attuata in base alle indicazioni nazionali e regionali e del Comitato dei Sindaci; collabora con i referenti pubblici individuati dai Comuni per i singoli settori di intervento e linee di attività (famiglia, infanzia e adolescenza, handicap, anziani, politiche giovanili, etc.) e i referenti del privato sociale e del volontariato in funzione dello sviluppo della rete. Il Coordinatore d'Ambito è scelto dal Comitato dei Sindaci tra gli idonei di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1146 del 04.11.2008.
4. L'**Ufficio di Piano** costituisce il luogo preposto alla pianificazione territoriale e alla realizzazione dei servizi e degli interventi programmati nel PdZ.

La pianificazione regionale e quella territoriale

Il Piano sociale regionale (PSR) è lo strumento di governo del sistema dei servizi e delle attività sociali. L'ultimo PSR approvato dalla Regione Molise è quello relativo al triennio 2020-2022.

Il Piano sociale di zona è lo strumento della programmazione locale del sistema integrato ed è elaborato tenendo conto delle indicazioni e degli obiettivi contenuti nel Piano sociale regionale. Nel Piano sociale di zona sono indicati: l'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale dell'Ambito territoriale sociale; la rete dei servizi e degli interventi da realizzare nel territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi e le modalità di coordinamento e integrazione degli stessi; la

previsione delle risorse necessarie alla realizzazione degli interventi e servizi integrati e di progetti innovativi; il sistema di valutazione del piano sociale di zona.

Il Comitato dei Sindaci adotta la carta dei diritti di cittadinanza sociale con il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e delle parti sociali, delle associazioni degli utenti e consumatori, dei soggetti pubblici e privati gestori dei servizi. La carta contiene la mappa dei percorsi e la tipologia dei servizi e degli interventi sociali e le opportunità sociali presenti nei territori.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Il PSR stabilisce che l'istituzione dell'Ufficio di Piano è obbligatoria, qualsiasi sia la forma di gestione prescelta e che l'Ufficio di Piano costituisce il luogo preposto alla pianificazione territoriale e alla realizzazione dei servizi e degli interventi programmati nel PdZ, 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. "In caso di gestione associata in convenzione, l'Ufficio di Piano si configura, ai sensi dell'art. 30 del TUEL, come un "ufficio comune" dei comuni che aderiscono all'ATS; esso, 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 è disciplinato da apposito regolamento, che è parte integrante del PdZ, redatto in applicazione del dettato del PSR.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

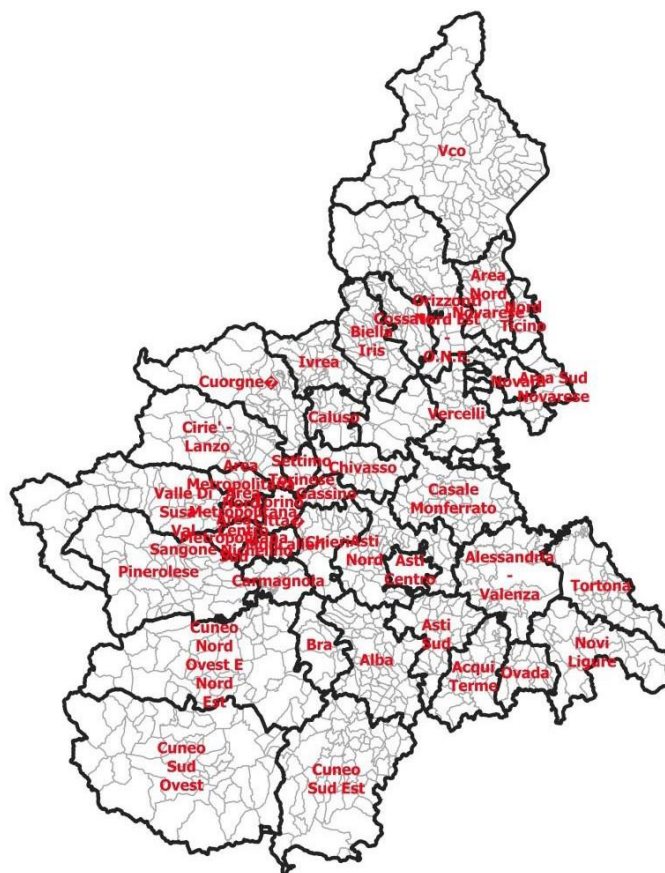
Il PSR indica che il servizio sociale professionale, sotto la direzione e l'organizzazione dei servizi da parte del Coordinatore d'Ambito deve assicurare una adeguata presenza dell'Assistente Sociale in rapporto alla dimensione demografica dell'Ambito Sociale e garantire la funzione primaria della presa in carico anche integrata (multidisciplinare o multidimensionale) del soggetto singolo o gruppo sociale o nucleo familiare.

L'assistente sociale è individuato quale responsabile unico del caso, assolvendo alla funzione di case manager, fermo restando l'approccio interdisciplinare di équipe nella gestione del caso, nell'ottica del lavoro di rete, con tutti gli operatori e i servizi territoriali a vario titolo coinvolti. Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:31.009 (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁵³.

⁵³ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 4 sul totale di 7.

Piemonte

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Acqui Terme	29	39.350
Alba	64	102.979
Alessandria - Valenza	29	147.564
Area Metropolitana Centro	5	140.527
Area Metropolitana Nord	8	86.381
Area Metropolitana Sud	6	95.606
Area Nord Novarese	36	101.454
Area Sud Novarese	24	81.396
Asti Centro	1	73.787
Asti Nord	64	68.003
Asti Sud	40	54.428
BIELLA IRIS	41	107.386
Bra	11	66.291
CALUSO	21	38.288
Carmagnola	8	51.567
Casale Monferrato	48	76.660
Chieri	25	101.521
CHIVASSO	17	74.148
Ciriese - Lanzo	39	120.149
COSSATO	23	51.724
Cuneo Nord Ovest E Nord Est	56	167.714
Cuneo Sud Est	64	83.824
Cuneo Sud Ovest	53	161.479
Cuorgnè	41	75.340
GASSINO	9	44.103
IVREA	42	67.998
Moncalieri	3	75.258
Nichelino	4	74.773
Nord Ticino	9	50.089
Novara	1	102.518
Novi Ligure	30	69.504
Orizzonti Nord Est - O.N.E.	74	113.243
Ovada	16	25.977
Pinerolese	47	132.024
Settimo Torinese	4	83.373
Torino Città'	1	846.926
Tortona	40	58.701
Valle Di Susa - Val Sangone	43	116.139
Vco	81	163.872
Vercelli	23	60.517
REGIONE PIEMONTE	1180	4.252.581



Popolazione media per ATS: 106.315 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 820.949

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali del Piemonte si articola in 40 ATS con un numero medio di 30 Comuni (il più elevato d'Italia) e una dimensione demografica tra loro alquanto differenziata (dai 25mila agli oltre 846mila abitanti). Tra questi 3 (Torino, Novara, Asti) sono ambiti mono-comunali. Le forme più utilizzate in Regione Piemonte sono il Consorzio, per 34 casi, poi l'Unione di comuni (6) e la delega all'ASL per l'ambito di Casale Monferrato; mentre per le restanti viene utilizzata una convenzione. Nel complesso i 40 ATS piemontesi raggruppano 47 Enti gestori di servizi e funzioni socioassistenziali.

Il quadro normativo

La Regione Piemonte ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali in attuazione della legge-quadro 328/2000, con la legge regionale n. 1 del 08-01-2004, articolo 9, individuando nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni. Sulla stessa materia è intervenuta la legge n. 11

del 2012 e infine con la DGR 20-5546 del 18-03-2013 si sono aggiornati i criteri di definizione degli ambiti e di conseguenza il quadro normativo di riferimento.

Contenuti specifici delle norme regionali

L'art. 8 della legge regionale n. 1 del 2004 definisce gli ambiti ottimali "sulla base delle caratteristiche geomorfologiche e socio economiche delle singole zone e delle peculiarità dei bisogni delle zone medesime, fermo restando il principio generale della coincidenza con gli ambiti territoriali sottesi ai distretti sanitari esistenti". Per diversi anni si è cercato di accompagnare gli ambiti sociali verso i confini delle competenze sanitarie anche attraverso indicazioni della Giunta Regionale, ma ad oggi non si è riusciti a raggiungere questa aggregazione territoriale. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento del numero degli ambiti passati in tre anni da 40 a 47.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

L'art. 8 della legge 1/2004 prevede che "al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, la Regione individua gli ambiti territoriali dei distretti sanitari o di multipli degli stessi, quali estensioni ottimali per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali". All'art. 9 della medesima legge, come ricordato sopra, la Regione indica e suggerisce la forma consortile come quella più idonea "a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all'articolo 8", così come la forma singola nei comuni capoluoghi di provincia. Seppur previsti dalle suddette norme non risultano comunque attivate allo stato attuale forme di incentivazione nella scelta del modello di gestione associata.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La coincidenza territoriale degli ambiti con i distretti sanitari non è attuata completamente. Allo stesso modo manca una sovrapposizione tra gli ambiti territoriali e le aree di competenza dei CPI, la cui articolazione amministrativa e territoriale resta significativamente differente rispetto a quella dei servizi sociali, nonostante le previsioni normative più volte richiamate anche in sede di programmazione regionale. I distretti sanitari sono infatti 33 raccolti in 12 ASL di competenza, ma seppur uguali in numero dimostrano alcuni territori in sovrapposizioni, ma anche differenze significative. I CPI invece sono 33, variamente articolati e territorialmente non coincidenti con i confini degli Ambiti territoriali.

La governance regionale

La programmazione sociale è attribuita alla competenza della Direzione generale Welfare, Settore programmazione socio assistenziale e standard di servizio e qualità, posta sotto l'assessorato alle Politiche sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, Emigrazione e cooperazione decentrata e internazionale, Usura e beni confiscati, Politiche della casa, delle famiglie e dei bambini. Il Tavolo Regionale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale è stato istituito con D.G.R. n. 51-6243 del 22/12/2017 ed è composto da:

- Assessore regionale alle Politiche Sociali della famiglia e della casa, cui spetta la presidenza;

- Assessore regionale all'Istruzione, Lavoro, Formazione professionale;
- Assessore regionale alle Politiche giovanili, Diritto allo studio universitario, Cooperazione decentrata internazionale, Pari opportunità, Diritti civili, Immigrazione;
- Direttore Regionale della Direzione Coesione Sociale;
- Dirigente del settore politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti;
- Dirigente del settore Politiche del lavoro;
- Cinque membri del gruppo intersettoriale di cui alla DD. n. 1033 del 17/12/2015;
- Direttore delle Politiche Sociali e dei rapporti con le Aziende sanitarie della Città di Torino;
- Dirigente Servizio Politiche Sociali e di Parità della Città Metropolitana;
- Coordinatore dell'Alleanza contro la povertà in Italia;
- Quattro rappresentanti degli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali (un rappresentante per ogni quadrante regionale);
- Un rappresentante dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Piemonte;
- Un rappresentante di IRES Piemonte;
- Un rappresentante di Fio.PSD;
- Un rappresentante del Coordinamento dei Centri di Servizio del Volontariato del Piemonte;
- Un rappresentante del Gruppo Abele;
- Un rappresentante del SERMIG.

La governance territoriale

Sul piano territoriale la governance è attribuita all'Assemblea Consortile, composta dai sindaci dei comuni aderenti al consorzio, come indicato all'art. 13, c. 1, lett. a) e art. 14 del d.lgs. 33/2013. Le competenze dell'Assemblea sono regolate dal Testo Unico Enti locali D.lgs. 267/2000, e dallo Statuto del Consorzio stesso. L'assemblea può delegare l'attuazione e l'indirizzo dell'ambito ad un Consiglio di amministrazione, all'interno del quale può essere scelto un presidente e un vicepresidente. Per i comuni che utilizzano la convenzione, invece, è prevista la delega al comune capofila.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La normativa regionale prevede la definizione di un Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 16 L.R. 1/2004), ad oggi ancora non approvato. La programmazione negli atti normativi viene demandata a successive delibere regionali, con il compito di definire i confini a livello di singola politica. La programmazione di dettaglio invece viene lasciata al livello territoriale di ambito. Con Deliberazione della Giunta Regionale 13 maggio 2022, n. 29-5023 si dà poi approvazione del Programma regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà e di riparto delle relative risorse per il triennio 2021/2023, che fornisce indicazioni circa le modalità di utilizzo del fondo e le risorse a disposizione degli ambiti a valere sulla Quota servizi del Fondo Povertà.

La programmazione territoriale prevede poi, secondo quanto definito dalla legge n. 1/2004 la definizione dei Piani di zona (art. 17 L.R. 1/2004) previsti come primo periodo di programmazione con D.G.R. 51-13324 del 3 agosto 2004, con cui si approvavano anche le linee guida per la sua stesura. Con successiva D.G.R. 28-12295 del 5 ottobre 2009 si approvavano delle Linee guida per i Piani di zona per il triennio 2010-12, infine il 20-9-2010, con la DGR 8-624, veniva fissata la proroga per l'approvazione dei piani al

31-12-2011. Con una serie di atti amministrativi (da ultimo con la D.G.R. 5 dicembre 2011, n. 27-3050) veniva fissata una sospensione della programmazione. Risulta allo stato attuale in via di definizione l'elaborazione del piano sociosanitario.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

In funzione della mancata partenza della programmazione territoriale non è stata data attuazione al momento all'istituzione degli uffici di Piano e al loro assetto organizzativo. Ogni Ente gestore definisce quindi le modalità gestionali per l'attività di governance e di gestione delle Politiche sociali.

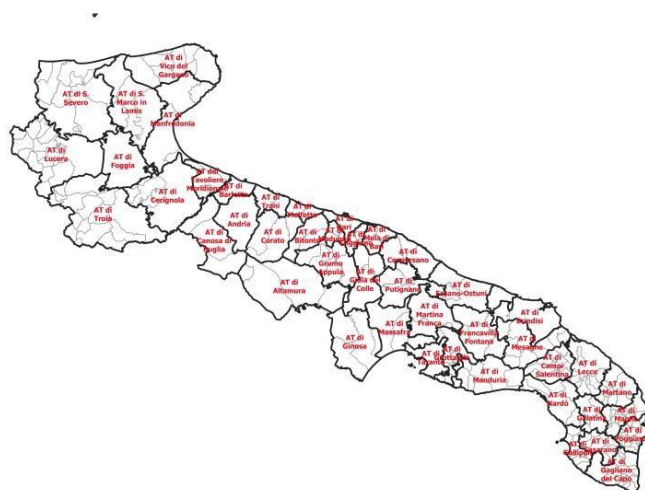
L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

Non è presente un coordinamento del servizio sociale professionale a livello di ambito.

È prevista la cartella sociale informatizzata a livello comunale nell'ambito del sistema informativo sociale regionale ma, al momento, non è ancora pienamente implementata. La supervisione è stata introdotta di recente con le previsioni normative (FNPS e PNRR). L'ente titolare dei rapporti di lavoro con gli assistenti sociali è il comune.

Puglia

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Ambito Territoriale Del Tavoliere Meridionale	3	38.569
Ambito Territoriale Di Altamura	4	139.482
Ambito Territoriale Di Andria	1	96.873
Ambito Territoriale Di Bari	1	316.212
Ambito Territoriale Di Barletta	1	92.419
Ambito Territoriale Di Bitonto	2	73.508
Ambito Territoriale Di Campi Salentina	8	82.339
Ambito Territoriale Di Canosa Di Puglia	3	41.638
Ambito Territoriale Di Casarano	7	68.894
Ambito Territoriale Di Cerignola	6	94.753
Ambito Territoriale Di Conversano	3	91.119
Ambito Territoriale Di Corato	3	97.390
Ambito Territoriale Di Fasano-Ostuni	3	79.656
Ambito Territoriale Di Foggia	1	145.723
Ambito Territoriale Di Gagliano Del Capo	14	81.733
Ambito Territoriale Di Galatina	6	56.901
Ambito Territoriale Di Gallipoli	8	70.566
Ambito Territoriale Di Ginoza	4	60.178
Ambito Territoriale Di Gioia Del Colle	4	64.694
Ambito Territoriale Di Grottaglie	11	95.579
Ambito Territoriale Di Grumo Appula	6	66.707
Ambito Territoriale Di Lecce	10	176.109
Ambito Territoriale Di Lucera	14	47.472
Ambito Territoriale Di Manduria	7	75.024
Ambito Territoriale Di Manfredonia	4	74.080
Ambito Territoriale Di Martano	10	46.015
Ambito Territoriale Di Martina Franca	2	59.891
Ambito Territoriale Di Massafra	4	75.700
Ambito Territoriale Di Modugno	3	59.237
Ambito Territoriale Di Mola Di Bari	3	68.532
Ambito Territoriale Di Molfetta	2	76.497
Ambito Territoriale Di Nardo'	6	90.346
Ambito Territoriale Di Putignano	5	87.879
Ambito Territoriale Di San Marco In Lamis	4	54.166
Ambito Territoriale Di San Severo	8	97.389
Ambito Territoriale Di Taranto	1	186.798
Ambito Territoriale Di Trani	2	108.474
Ambito Territoriale Di Triggiano	5	80.525
Ambito Territoriale Di Troia	16	36.150
Ambito Territoriale Di Vico Del Gargano	8	43.178
Brindisi	2	100.205
Francavilla Fontana	6	99.829
Maglie	12	52.028
Mesagne	9	97.368
Poggiardo	15	42.425
REGIONE PUGLIA	257	3.890.250



Popolazione media per ATS: 86.450 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 280.062

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei servizi sociali della Puglia si articola in 45 ATS, generalmente composti da un numero limitato di Comuni e aventi una popolazione piuttosto differenziata (dai 36mila ai 316mila abitanti). Tra questi 5 (Bari, Foggia, Taranto, Andria e Barletta) sono ambiti mono-comunali, nelle quali il confine amministrativo dell'ambito coincide con quello del comune. I Consorzi (art. 31 del TUEL 267/2000) sono 7; i restanti 33 ambiti gestiscono i servizi sociali territoriali tramite Convenzione (art. 30 del TUEL 267/2000).

Il quadro normativo

La Regione Puglia ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali in attuazione della legge-quadro 328/2000 con la legge regionale 25 agosto 2003, n. 17 "Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia", successivamente abrogata e sostituita con la legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 "Disciplina del

sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”, tuttora vigente. La materia della gestione associata è altresì disciplinata nel regolamento regionale di attuazione della l.r. 19/2006, il regolamento 18 gennaio 2007, n. 4.

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa regionale prevede che la gestione associata dei servizi socio-assistenziali sia, di norma, esercitata dai Comuni appartenenti allo stesso distretto socio-sanitario, inteso come sub-articolazione delle Aziende sanitarie, che assumono la definizione di ambiti territoriali. Non è previsto un obbligo specifico in materia di associazionismo tra Comuni, ma il regolamento regionale 4/2007 (art. 11) prevede che gli enti locali appartenenti ad uno stesso ambito territoriale definiscano il proprio assetto istituzionale individuando prioritariamente una tra le seguenti forme di associazione:

- a) la convenzione tra Comuni, di cui all'art.30 del D.Lgs. n. 267/2000 (T.U.E.L.)
- b) il Consorzio tra Comuni, di cui all'art. 31 del D.Lgs. n. 267/2000 (T.U.E.L.).

La gestione unitaria del sistema territoriale dei servizi è definita dalla previsione di una serie di strumenti di regolazione. Ogni ambito territoriale, al fine di assicurare strumenti omogenei per la gestione associata ed unitaria del sistema integrato dei servizi, adotta i seguenti regolamenti:

- a) regolamento di organizzazione;
- b) regolamento per l'affidamento dei servizi;
- c) regolamento per l'accesso ai servizi e la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni;
- d) regolamento di contabilità;
- e) ogni altro strumento regolamentare utile alla gestione associata delle funzioni socioassistenziali nell'ambito territoriale.

È in sede di programmazione regionale (con l'approvazione del primo Piano regionale delle Politiche Sociali nel 2004) che la Regione Puglia ha previsto l'obbligo, per gli ambiti composti in maggioranza da Comuni con popolazione inferiore ai 10.000 abitanti, l'esercizio in forma associata dei servizi sociali. La normativa regionale prevede che la Giunta regionale, decorso inutilmente il termine fissato nel Piano regionale, sentita la Conferenza Regione-Enti locali, individui, ai sensi dell'articolo 33, comma 2, del D.Lgs. n. 267/2000, la forma associativa e ne disciplini la gestione con specifico regolamento per gli ambiti inadempienti. A tale scopo il regolamento regionale 4/2007 disciplina (art. 19) i poteri sostitutivi attribuiti alla Regione.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

L'art. 7 della legge regionale 19/2006 prevede forme di incentivazione per la gestione associata dei servizi, rinviando alla programmazione regionale la determinazione delle risorse aggiuntive da destinare a tale scopo. Le forme di incentivazione devono tener conto prioritariamente della capacità di spesa delle risorse assegnate all'ambito, dell'incidenza dei servizi a valenza di ambito o sovracomunali sul totale dei servizi previsti con il Piano sociale di zona, delle forme di gestione individuate per detti servizi a valenza di ambito o sovracomunale, dell'attivazione di un sistema di accesso unico alla rete dei servizi dell'ambito. Nel tempo tale previsione è stata utilizzata dalla regione Puglia prevalentemente a sostegno delle scelte organizzative degli ambiti territoriali. Il Piano regionale vigente (2022-2024) stanZIA 150mila euro di risorse premiali agli ambiti che adottano un ufficio di piano (UdP) conforme alle indicazioni

regionali (minimo tre unità a tempo pieno, una per ciascuna delle funzioni assegnate all'UdP: programmazione e progettazione, gestione tecnica e amministrativa, gestione contabile e finanziaria). L'ufficio di piano deve essere composto da almeno tre persone assegnate in pianta stabile al funzionamento dell'ufficio stesso, che assumano la responsabilità per ognuna delle funzioni ad esso attribuite.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La coincidenza territoriale degli ambiti con i distretti prevista dalla norma è rispettata. Il sistema sanitario regionale è articolato infatti in 6 Aziende Territoriali ASL e in 45 Distretti Sanitari che corrispondono ai 45 Ambiti Territoriali Sociali. Lo stesso non avviene per gli ambiti territoriali delle politiche per il lavoro, la cui articolazione amministrativa e territoriale resta significativamente differente rispetto a quella dei servizi sociali, nonostante le previsioni normative più volte richiamate anche in sede di programmazione regionale. I CPI della Regione Puglia sono 44 (DGR 8 luglio 2024, n. 962 "Aggiornamento del Piano regionale di potenziamento dei centri per l'impiego"), territorialmente non coincidenti con l'articolazione degli Ambiti territoriali.

La governance regionale

Il Piano regionale delle politiche sociali vigente (DGR 14 marzo 2022, n. 353) prevede la costituzione del Tavolo regionale della rete per la protezione e l'inclusione sociale entro il primo anno di vigenza del Piano stesso, ma ad oggi (agosto 2024) non risulta ancora formalmente istituito. Le occasioni di confronto istituzionale e tecnico sono frequenti (bimestrali), nell'ambito di una *Cabina di regia* regionale, prevista anch'essa dal Piano regionale, che si compone di tutti i Responsabili degli Uffici di Piano sociale di zona, di un rappresentante di ANCI Puglia, di un rappresentante per ciascuna delle Organizzazioni Sindacali confederali più rappresentative e dei referenti regionali delle organizzazioni di rappresentanza del terzo settore.

La governance territoriale

A livello territoriale l'organo di governo è il Coordinamento istituzionale, composto da tutti i Sindaci dei Comuni afferenti all'Ambito o loro (più spesso) delegati, per i compiti di indirizzo e controllo della programmazione e della gestione degli interventi sociali informa associata. Al Coordinamento Istituzionale partecipa anche il Direttore Generale dell'AUSL, ovvero suo delegato, al fine di definire l'Accordo di Programma per l'adozione del Piano Sociale di Zona e di concorrere alla attuazione dello stesso, con specifico riferimento alla organizzazione e al finanziamento dei servizi e degli interventi ad elevata integrazione sociosanitaria.

Il Coordinamento istituzionale è titolare della funzione d'indirizzo generale dell'attività dell'Ufficio di Piano e svolge almeno i seguenti compiti:

- designare il Comune capofila dell'ambito territoriale, ovvero confermare in tale ruolo il Comune sede del distretto sociosanitario di riferimento;
- disciplinare il funzionamento del Tavolo della concertazione per la programmazione e la attuazione del Piano Sociale di Zona, di cui all'art. 13 del presente regolamento;
- definire le priorità strategiche e gli obiettivi specifici della programmazione di ambito, con le relative

risorse assegnate;

- stabilire le modalità di gestione di tutti i servizi previsti nel Piano Sociale di Zona;
- adottare tutti i regolamenti unici di ambito;
- adottare l'Accordo di Programma con la Provincia e la ASL, in quanto enti interessati alla definizione, finanziamento e attuazione del Piano di Zona insieme ai Comuni aderenti alla Convenzione, a conclusione della stesura dello stesso Piano Sociale di Zona, ovvero gli atti integrativi connessi ad eventuali riprogrammazioni o adeguamenti del Piano stesso;
- consentire di realizzare un sistema di sicurezza sociale condiviso attraverso strumenti di partecipazione, pratiche concertative e percorsi di coprogettazione e di covalutazione;
- istituire l'Ufficio di Piano, come tecnostuttura snella a supporto della programmazione di ambito, mediante la approvazione di indirizzi organizzativi, la nomina del responsabile dell'Ufficio e l'attribuzione del personale e delle risorse adeguate al suo funzionamento;
- dare attuazione alle forme di collaborazione e di integrazione fra l'ambito e l'Azienda Sanitaria di riferimento, per i servizi e le prestazioni dell'area sociosanitaria;
- stabilire i contenuti degli Accordi di Programma e le eventuali forme di collaborazione inter-ambito con la Provincia di riferimento, con le altre istituzioni pubbliche e private cointeressate dalla realizzazione di specifici interventi.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La Regione Puglia segue da tempo un ciclo di pianificazione e programmazione abbastanza regolare, avviato nel 2004 con il primo Piano regionale delle politiche sociali e tuttora in corso con il quinto Piano regionale (Piano Regionale delle Politiche Sociali per il triennio 2022-2024, DGR 14 marzo 2022, n. 353). Il documento contiene diverse indicazioni in ordine all'integrazione con le politiche sociosanitarie e quelle del lavoro, non sempre puntualmente realizzate sul piano operativo. Anche la pianificazione territoriale è abbastanza costante nel seguire gli indirizzi regionali, anche se va registrato - nel ciclo di programmazione in corso - un ritardo significativo da parte di alcuni ambiti territoriali che, a distanza di oltre due anni dall'approvazione del Piano regionale, non hanno ancora approvato il proprio Piano di zona. Appare significativo che si tratti di ambiti che mostrano segni di difficoltà più generali, in ordine alle attività amministrative connesse al sistema territoriale dei servizi (avanzamento della spesa, attuazione dei LEPS, regolazione del sistema).

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Tutti gli ambiti territoriali hanno un ufficio di piano, con articolazioni non sempre coerenti con gli indirizzi regionali (per il rispetto dei quali, come accennato prima, è prevista una incentivazione). Nella gran parte dei casi l'ufficio di piano è istituito presso il comune capofila. La composizione interna degli uffici di piano, in termini di qualifiche e profili professionali, è abbastanza eterogenea, in alcuni casi si tratta di funzionari con qualifica tecnica di assistenti sociali o, più raramente, sociologi, in altri casi di funzionari con qualifiche più strettamente amministrative. Non mancano territori nei quali i funzionari dedicati all'ufficio di piano assumono anche la responsabilità di altre aree organizzative del comune di riferimento. Anche i modelli organizzativi degli uffici di piano appaiono estremamente eterogenei, in relazione ai tempi, ai processi e alle modalità operative di lavoro. La figura di coordinamento è sempre presente, con

inquadramenti giuridici, qualifiche tecniche e amministrative differenti (dirigenti o funzionari amministrativi; assistenti sociali, sociologi, laureati in scienze giuridiche o dell'amministrazione).

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

La normativa nazionale in materia di livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del servizio sociale professionale su scala di ambito. In Puglia tale indirizzo si limita all'adozione di un regolamento unico del servizio. Le altre dimensioni organizzative restano autonome su scala comunale: non c'è un coordinatore unico, responsabile del servizio, spesso si utilizzano strumenti differenti per la valutazione e la presa in carico delle persone. La supervisione comune debolmente comincia ad affermarsi adesso, in coincidenza con l'attuazione della relativa misura PNRR. La titolarità del servizio resta, pertanto, in carico ai singoli comuni, tranne che per i consorzi. In tal caso è l'ente consortile che assorbe il servizio sociale professionale e lo gestisce in modo unitario su tutto il territorio dell'ambito. Tra i 45 ambiti pugliesi 5 esternalizzano il servizio sociale professionale, 1 lo gestisce in forma mista (in parte diretta e in parte esternalizzata), gli altri in forma diretta.

Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio nella pubblica amministrazione con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:6.305⁵⁴⁴⁹ (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024). Oltre la metà degli ATS (25 su 45) non raggiungeva il parametro di 1:6.500 che dà diritto ad accedere al contributo.

⁵⁴ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 45 sul totale di 45.

Sardegna

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Ales Terralba	32	40.363
Alghero	23	75.276
Anglona Coros Figulinas	23	53.395
Arcipelago del Sulcis	3	19.277
Area Ovest	16	122.008
Cagliari	1	147.378
Cagliari 21	8	98.862
Carbonia	13	53.742
Ghilarza - Bosa	32	38.068
Guspini	7	49.902
Iglesias	7	43.736
Macomer	10	19.964
Nuoro	20	78.535
Ogliastra	23	54.140
Olbia	17	130.325
Oristano	24	71.391
Ozieri	16	27.823
Quartu Parteolla	8	112.115
Sanluri	21	40.643
Sarcidano Barbagia di Seulo	13	15.956
Sarabus Gerrei	10	22.164
Sassari	4	157.826
Siniscola	9	30.970
Sorgono	13	14.532
Tempio Pausania	9	28.591
Trexenta	15	22.850
REGIONE SARDEGNA	377	1.569.832



Popolazione media per ATS: 60.378 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 143.294

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali della Sardegna si articola in 26 ATS (definiti Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona, PLUS) con un numero medio di 15 Comuni, aventi una dimensione demografica che oscilla dai

14.500 ai 157mila abitanti. La legge regionale n. 23 del 23 dicembre 2005 prevede che i comuni esercitino le proprie funzioni in forma associata per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza. Le forme di esercizio associato tra i comuni si basano sulla convenzione di cui all'art. 30 del D.lgs. 267/2000 e sulla Conferenza dei servizi tra enti locali.

Il quadro normativo

La Regione Sardegna ha disciplinato la gestione associata dei servizi sociali con la legge regionale n. 23 del 23 dicembre 2005, che istituisce il sistema integrato regionale dei servizi alla persona. Questa normativa include disposizioni per la gestione associata dei servizi socioassistenziali e l'adozione del PLUS. Il PLUS rappresenta lo strumento principale per la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociali a livello locale. La legge regionale n. 23/2005 stabilisce inoltre i criteri per la definizione degli ambiti territoriali e le modalità di collaborazione tra i diversi enti coinvolti nella gestione dei servizi.

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa regionale prevede che la gestione associata dei servizi socio-assistenziali sia esercitata dai

comuni appartenenti allo stesso distretto socio-sanitario. Non è previsto un obbligo specifico in materia di associazionismo tra comuni, ma la legge regionale n. 23/2005 stabilisce che i comuni in forma associata insieme alle ASL realizzano la programmazione di cui al Piano Locali Unitari dei Servizi alla persona (PLUS). La normativa prevede inoltre la possibilità di stipulare convenzioni e accordi di programma per la gestione associata dei servizi, favorendo la cooperazione intercomunale e l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Non sono previste forme di incentivazione in senso stretto, ma una quota del Fondo regionale per i servizi integrati alla persona è destinata alla gestione associata. L'art. 26 della legge regionale 23/2005 di Istituzione del Fondo regionale per il sistema integrato dei servizi alla persona prevede che una quota finanziaria sia assegnata ai comuni, tenendo conto delle modalità di gestione unitaria associata prescelta ed è erogata all'ente gestore da essi individuato; i criteri di riparto delle risorse sono stabiliti dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 40/32 del 06/10/2011 Linee guida per la programmazione e gestione dei PLUS triennio 2012-2014. Lo stanziamento è suddiviso in due quote: una quota destinata alla gestione associata dei servizi; una quota destinata al funzionamento e organizzazione dell'ufficio di piano del PLUS. Il criterio di riparto è il seguente: 40% in parti uguali; il 60% suddiviso in base alla popolazione dell'ambito. Per l'ufficio di piano è stabilito un ulteriore criterio: se la popolazione è minore di 35.000 è garantito l'importo minimo € 61.000 se è maggiore di 35.000 è garantito l'importo minimo di € 76.000,00. La quota dell'ufficio di piano è stabilita in € 3.549.184,00.

In questi mesi la Direzione regionale delle politiche sociali, d'accordo con il MLPS, con il supporto di Banca Mondiale, sta procedendo alla definizione di un percorso normativo per rivedere l'assetto istituzionale e incentivare la gestione associata favorendo la nascita di consorzi tra comuni in corrispondenza del PLUS.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La coincidenza territoriale degli ambiti Territoriali sociali (PLUS) con i distretti sanitari prevista dalla norma è sostanzialmente rispettata nonostante la presenza di 24 Distretti (all'interno di 8 Aziende Territoriali – ASL) a fronte dei 26 Plus.

Sul versante lavoro uno, in alcuni casi, lo stesso ambito PLUS può insistere su più CPI o viceversa. Questo può creare alcune difficoltà nella gestione coordinata dei servizi, ma la normativa prevede strumenti di raccordo e integrazione per superare queste criticità.

La governance regionale

La Direzione Generale delle Politiche Sociali è responsabile dell'attuazione della programmazione sociale. Il Tavolo Permanente Regionale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale è composto da vari assessori e direttori generali, rappresentanti dei comuni e delle associazioni (Istituito con Decreto Assessoriale n. 3172/Dec. A/22 del 25/07/2017. Decreto n. 4324/DecA/32 del 02/08/2018). Questo organismo ha il compito di coordinare le politiche sociali a livello regionale, promuovendo la collaborazione tra i diversi attori del sistema e garantendo una risposta integrata alle esigenze della popolazione. La governance regionale prevede inoltre la partecipazione attiva dei cittadini e delle

organizzazioni della società civile, favorendo un approccio partecipativo e inclusivo nella definizione delle politiche sociali.

Il Tavolo permanente regionale per l'attuazione delle misure di contrasto alla povertà è composto dai seguenti soggetti con diritto di voto:

- Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale (o suo delegato), con funzioni di Presidente;
- Assessore del Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale (o suo delegato);
- Assessore della Pubblica Istruzione, Beni Culturali, Informazione, Spettacolo e Sport (o suo delegato);
- Direttore Generale delle Politiche sociali;
- Direttore Generale della Sanità;
- Direttore Generale del Lavoro;
- Direttore Generale della Pubblica istruzione;
- Direttore Generale dell'ASPAL;
- Direttore Generale del Centro Regionale di Programmazione;
- Presidente dell'ANCI Sardegna (o suo delegato);
- n. 4 componenti, in rappresentanza dei Comuni e degli Ambiti Plus, designati dall'ANCI Sardegna nel rispetto di un'equilibrata rappresentanza territoriale;
- Alleanza contro le povertà (con un massimo di 5 referenti da essa designati);
 - I legali rappresentanti dei Comuni capofila dei seguenti Ambiti Plus (o loro delegato), in cui è maggiore la presenza delle persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, individuati dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 30/15 del 12/06/2018: Sassari, Cagliari e Olbia.
- I rappresentanti delle associazioni datoriali di categoria, dotate del requisito di maggiore rappresentatività sul territorio regionale, componenti della "Commissione regionale per i servizi e le politiche del lavoro".

Il Presidente può invitare, di volta in volta, alle riunioni del Tavolo altri componenti della Giunta Regionale in considerazione dei temi trattati, qualora investano le rispettive competenze. Alle riunioni del "Tavolo permanente regionale per l'attuazione delle misure di contrasto alla povertà" partecipano, in qualità di invitati permanenti senza diritto di voto, un rappresentante dell'INPS ed un rappresentante dell'ordine degli assistenti sociali della Sardegna.

Il Presidente può chiamare a partecipare, senza diritto di voto, alle riunioni:

- Il rappresentante legale (o suo delegato) di Sardegna IT, qualora i temi trattati investano le sue competenze;
- Ulteriori soggetti qualora lo richiedano i temi oggetto di discussione e di analisi.

Il Tavolo permanente si avvale dell'Osservatorio regionale sulla povertà istituito ai sensi dell'art. 34 della legge regionale 23 dicembre 2005 n.23, il quale fornisce i documenti tecnici fondamentali per l'assunzione delle decisioni.

La governance territoriale

A livello territoriale, l'organo di governo è il Coordinamento Istituzionale, composto da tutti i Sindaci dei Comuni afferenti all'Ambito o loro delegati, per i compiti di indirizzo e controllo della programmazione e

della gestione degli interventi sociali in forma associata. Questo organismo ha il compito di definire le priorità strategiche e gli obiettivi specifici della programmazione di ambito, garantendo una gestione coordinata e integrata dei servizi sociali. La governance territoriale prevede inoltre la partecipazione dei rappresentanti delle ASL e delle Province, favorendo l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie e migliorando l'efficacia degli interventi.

La pianificazione regionale e quella territoriale

Il Piano Regionale dei Servizi alla Persona è stato proposto con la Deliberazione della Giunta regionale n. 5/39 del 16/02/2022 per il triennio 2021-2023. La pianificazione territoriale include la programmazione e gestione dei PLUS, con criteri di riparto delle risorse basati sulla popolazione e altre specifiche. Questo piano rappresenta lo strumento principale per la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociali a livello regionale. La pianificazione regionale prevede inoltre l'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie e del lavoro, favorendo un approccio integrato e multidisciplinare nella gestione dei servizi.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

L'ufficio di piano deve avere una dotazione minima prevista dalle linee guida, con un coordinatore, un referente dalla ASL o dai comuni, e operatori amministrativi. In alcuni ambiti PLUS, l'ufficio di piano è sguarnito di personale e a volte la figura del coordinatore è assente. Questo può creare alcune difficoltà nella gestione coordinata dei servizi, ma la normativa prevede strumenti di supporto e formazione per migliorare l'efficacia dell'ufficio di piano. L'ufficio di piano rappresenta un elemento fondamentale per la programmazione e l'organizzazione dei servizi sociali a livello di ambito, garantendo una gestione integrata e coordinata delle risorse e degli interventi.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

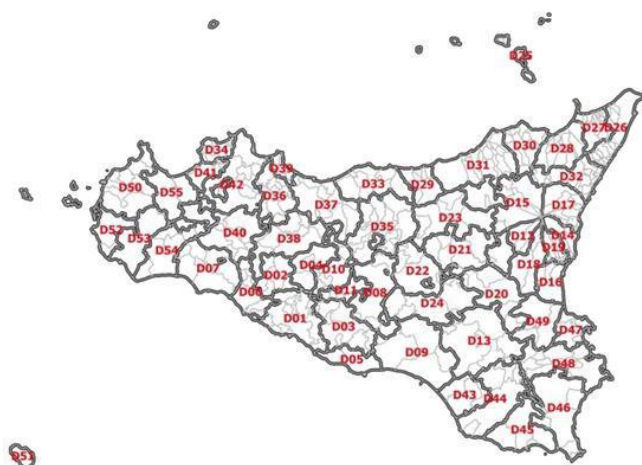
La normativa nazionale e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del servizio sociale professionale su scala di ambito. In Sardegna, tale indirizzo si limita all'adozione di un regolamento unico del servizio. Questo approccio consente di creare sinergie tra i diversi attori del sistema socio-sanitario, migliorando l'efficacia e l'efficienza dei servizi offerti. La normativa prevede inoltre la possibilità di stipulare convenzioni e accordi di programma per la gestione associata dei servizi, favorendo la cooperazione intercomunale e l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie.

Secondo i dati del DM n. 125 del 26 luglio 2024, ai PLUS della Regione Sardegna sono stati attribuiti 3.707.520,61 € (a 21 PLUS) per l'assunzione di assistenti sociali [pari a un rapporto di 1:3.207 al 31.12.2023].⁵⁵

⁵⁵ Il calcolo è relativo alla totalità degli ATS (26) in quanto tutti hanno risposto alla rilevazione SIOSS.

Sicilia

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
D01	11	136.728
D02	5	15.378
D03	8	78.018
D04	3	20.518
D05	2	55.525
D06	7	30.001
D07	6	67.617
D08	6	85.241
D09	4	110.571
D10	6	18.979
D11	6	32.169
D12	3	64.179
D13	9	74.302
D14	7	135.611
D15	4	35.669
D16	3	359.062
D17	10	83.344
D18	3	77.319
D19	13	185.920
D20	6	55.635
D21	5	34.005
D22	6	50.031
D23	6	29.553
D24	4	42.815
D25	4	15.221
D26	14	256.101
D27	13	72.259
D28	13	67.734
D29	7	15.135
D30	14	45.386
D31	18	68.157
D32	24	55.357
D33	9	43.213
D34	6	87.787
D35	9	22.661
D36	11	54.216
D37	10	58.739
D38	8	25.623
D39	5	97.353
D40	7	22.396
D41	9	71.002
D42	9	722.142
D43	3	105.228
D44	5	98.518
D45	4	115.514
D46	5	101.310
D47	2	47.802
D48	11	184.364
D49	3	50.128
D50	9	129.042
D51	1	7.282
D52	2	87.740
D53	4	65.536
D54	6	57.977
D55	3	65.399
REGIONE SICILIA	391	4.794.512



Popolazione media per ATS: 87.173 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 714.860

Assetto territoriale dei Servizi sociali Forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali della Sicilia si articola in 55 ATS, denominati Distretti Socio-sanitari, con un numero medio di 7 Comuni, aventi una dimensione demografica piuttosto variabile. I 55 Ambiti gestiscono i servizi sociali territoriali tramite Convenzione (art. 30 del TUEL 267/2000).

Il quadro normativo

La Regione Siciliana non ha una specifica disciplina normativa in tema di gestione associata dei servizi sociali, ma con le **Linee guida per la programmazione dei Piani di Zona 2021 (D.G.R. 249/2021)** sono stati introdotti dei **vincoli per l'adozione della Convenzione ex art. 30 del TUEL 267/2000 da parte degli Ambiti**.

Contenuti specifici delle norme regionali

Le Linee guida per la programmazione dei Piani di Zona 2021 hanno definito, quale requisito necessario per l'approvazione dei Piani di Zona e per l'accesso alle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, l'adozione della Convenzione per la gestione associata dei servizi sociali da parte di ciascun Ambito. In allegato alle Linee guida, è stato fornito agli Ambiti uno **schema di Convenzione** avente ad oggetto l'esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione in forma associata dei servizi e delle attività realizzate mediante le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), Fondo del Dopo di noi, Vita indipendente, Fondi Famiglia, Quota servizi del Fondo Povertà (QSFP) e di altre progettualità distrettuali finanziate con fondi comunitari, nazionali, regionali e con fondi privati.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Non sono previsti incentivi.

La coincidenza territoriale degli ambiti

Per quanto attiene la dimensione sociosanitaria In Sicilia, vi è **coincidenza tra gli Ambiti territoriali sociale e i Distretti sanitari** dato che questi ultimi sono anch'essi 55 raggruppati in 9 aziende Territoriali - ASL. Ciò non avviene nell'ambito delle politiche per il lavoro, la cui articolazione amministrativa e territoriale resta significativamente differente rispetto a quella dei servizi sociali, nonostante le previsioni normative più volte richiamate anche in sede di programmazione regionale. In base a quanto previsto dal D.P. n. 12 del 5 dicembre 2009 e dalla D.G.R. n. 312 del 29 luglio 2021 "*Piano Regionale di Potenziamento dei CPI*", i CPI della Regione Siciliana sono 63, territorialmente non coincidenti con l'articolazione degli Ambiti territoriali sociali.

La governance regionale

Il Piano regionale per la lotta alla povertà 2021-2023 (D.G.R. 3/2023) ha previsto l'attivazione della **Rete regionale per la protezione e l'inclusione sociale, istituita con D.G.R. 9/2024**.

La prima riunione della Rete si è svolta il 14 novembre 2024 presso il Dipartimento regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali.

La Rete è composta da:

- Dirigente generale del Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali (o suo delegato)
- Dirigente del Servizio 5 "Legge n. 328/2000 – Ufficio Piano, Terzo settore, pari opportunità, antidiscriminazione e violenza di genere"
- Dirigente del Servizio 7 "Fragilità e Povertà"
- Dirigente del Servizio 8 "Politiche della famiglia e giovanili"
- Dirigente Generale del Dipartimento del lavoro (o suo delegato)

- Dirigente del servizio 6 "Coordinamento Servizi Centri per l'Impiego"
- Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica (o un suo delegato).
- 9 rappresentanti dei Distretti Sociosanitari, uno per ogni provincia,
- 1 rappresentante di ANCI;

Alle riunioni della Rete regionale possono essere invitati, altresì, rappresentanti di amministrazioni statali, regionali, locali, di enti pubblici, di categorie, i Garanti Regionali, il Direttore regionale dell'INPS. La Rete consulta le parti sociali e gli organismi rappresentativi del Terzo settore periodicamente e, comunque,

almeno una volta l'anno, nonché in occasione dell'adozione delle Linee guida per i Piani di Zona, del Piano regionale per la lotta alla povertà, del Piano regionale per la non autosufficienza.

La Rete regionale svolge le seguenti funzioni:

- esprime proposte e pareri ai Servizi competenti del Dipartimento Famiglia e Politiche Sociali, in merito alla programmazione delle Linee guida regionali per i Piani di Zona, del Piano regionale per la lotta alla povertà, del Piano regionale per la non autosufficienza, al fine di favorire la programmazione integrata dei Fondi per le politiche e i servizi sociali, armonizzando i tempi di attuazione, evitando la sovrapposizione degli interventi e promuovendo modalità di collaborazione tra servizi;
- promuove il coordinamento delle Reti territoriali per la protezione e l'inclusione sociale;
- individua e propone eventuali aggiornamenti alle pianificazioni regionali e/o l'adozione di atti per l'integrazione e la collaborazione tra servizi per l'attuazione delle politiche sociali.

La governance territoriale

A livello territoriale, il sistema di governance è composto dal Comitato dei Sindaci e dalla Rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale.

Il **Comitato dei Sindaci** esercita la funzione d'indirizzo programmatico e di controllo politico-amministrativo della gestione del Piano di Zona, del Piano di Attuazione Locale (PAL) e degli altri programmi e interventi a valenza distrettuale. Il Comitato dei Sindaci è formato dai Sindaci dei Comuni aderenti e dai rappresentanti legali degli altri soggetti pubblici sottoscrittori l'Accordo di Programma, ovvero da loro delegati. Alle riunioni del Comitato dei Sindaci partecipano, ciascuno per le proprie competenze, il Responsabile dell'Ufficio Piano, il Direttore Generale/Sanitario del Distretto Sanitario.

La **Rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale** è il luogo per la concertazione degli interventi sostenuti con il FNPS, FNA, QSFP, Pon Inclusione e altri fondi europei, nazionali, regionali.

La Rete territoriale è composta da Enti del terzo settore (2° e 3° livello), Scuole, CPIA, USSM, UEPE, CPI, Università e Centri di ricerca, Associazioni in rappresentanza dei beneficiari di interventi e servizi sociali, e svolge le seguenti funzioni:

- partecipa alla programmazione dei Fondi oggetto di Convenzione attraverso la condivisione di dati per l'analisi del fabbisogno sociale e l'individuazione delle azioni prioritarie e delle risorse territoriali attivabili per la loro realizzazione;
- esprime parere sulla relazione sociale distrettuale, anche al fine di implementare la collaborazione tra servizi per l'attuazione delle azioni programmate.

La Rete deve essere consultata periodicamente. In ogni caso, deve essere sentita prima dell'approvazione delle programmazioni e il primo trimestre di ogni anno per verificare lo stato di

attuazione delle programmazioni e i risultati raggiunti dal Distretto socio-sanitario nell'erogazione dei servizi programmati. Si articola in tavoli permanenti nelle seguenti aree: Famiglia, Minori e Anziani, Disabilità e non autosufficienza, Povertà ed esclusione sociale. I partecipanti ai tavoli sono individuati ogni due anni dall'Ufficio di Piano, avendo cura di evitare conflitti di interesse.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La pianificazione della Regione Siciliana è principalmente composta da tre atti di programmazione:

- 1) **Linee guida regionali per la programmazione dei Piani di Zona**, avviate con il D.P.R.S. del 4 novembre 2002 "*Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana*". L'ultima programmazione "*Linee guida per la programmazione del Piano di Zona 2022-2024*" è stata approvata con D.A. del 92 del 21.09.2022. Il documento definisce le modalità di approvazione dei Piani di Zona e individua le priorità di intervento per il triennio 2022-2024, tra cui il rafforzamento del servizio sociale professionale e dei Punti Unici di Accesso, l'istituzione di Equipe Multidisciplinari, l'attivazione dei Piani personalizzati per le persone con disabilità e il vincolo di almeno del 50% delle risorse per interventi in area infanzia e adolescenti.
- 2) **Il Piano regionale per la lotta alla povertà**, attualmente al secondo ciclo di programmazione per il triennio 2021-2023, in cui sono indicate – coerentemente con il Piano nazionale – le modalità di utilizzo della Quota Servizi del Fondo Povertà e viene ridefinito il sistema di governance regionale con l'istituzione della Rete regionale per la protezione e l'inclusione sociale.
- 3) **Programma attuativo del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2022-2024**, al primo ciclo di programmazione, che individua i destinatari degli interventi, i servizi attivabili e le relative modalità di realizzazione.

La pianificazione territoriale riflette la pianificazione regionale, sebbene diversi Ambiti territoriali siano in forte ritardo con le programmazioni locali del FNPS, QSFP e FNA e con le relative implementazioni. Il ritardo registrato è spesso correlato a diversi fattori: organici sottodimensionati rispetto al carico amministrativo, problematiche di bilancio (es. risorse in avanzo vincolato), complessità delle procedure amministrative per l'assunzione del personale e per l'affidamento dei servizi.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

Lo **schema di Convenzione** per la gestione associata dei servizi sociali allegato alle Linee guida per la programmazione dei Piani di Zona 2021 prevede **l'istituzione dell'Ufficio di Piano**, rimettendo la definizione della dotazione organica dell'Ufficio, cioè l'insieme dei posti a tempo pieno e/o parziale distinti per categoria, profili professionali e tipologie contrattuali, al singolo Ambito territoriale e ai Comuni che lo compongono. In generale, l'Ufficio di Piano è composto, oltre che dal personale del Comune capofila, anche dal personale allo scopo distaccato dai Comuni facenti parte dell'Ambito. In alcuni casi, l'organico dell'Ufficio di Piano è rafforzato anche attraverso l'acquisizione/assunzione da parte del Comune capofila di ulteriore personale amministrativo con le risorse dei fondi per il sociale (PON Inclusion, QSFP, PAC), ove ritenuta spesa ammissibile. Ne consegue, a livello regionale, un quadro organizzativo e gestionale molto eterogeneo, accomunato dalla presenza della figura del Responsabile dell'Ufficio di Piano e dalle funzioni attribuite all'Ufficio stesso.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

La normativa nazionale in materia di livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del servizio sociale professionale su scala di Ambito.

La Sicilia, con la **Legge regionale n. 22/1986 "Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia"** e il Decreto Presidenziale del 29 Giugno 1988 "*Standards strutturali ed organizzativi dei Servizi Socio – Assistenziali*", ha disposto la **costituzione presso ciascun Comune dell'Ufficio di Servizio Sociale e del Segretariato Sociale** e, anticipando la normativa nazionale, ha introdotto la **soglia obbligatoria di 1 Assistente Sociale ogni 5.000** abitanti per i Comuni con popolazione non superiore ai 10.000 abitanti.

L'assetto organizzativo è parzialmente rimasto invariato anche dopo l'innovazione apportata dalla normativa nazionale (L. 328/2000 e successive). Prevale, dunque, una dimensione organizzativa su scala comunale, con rare esperienze di gestione del Servizio sociale professionale a livello distrettuale, che generalmente riguardano Ambiti di piccole dimensioni sia per quanto attiene il numero di comuni che per la popolazione residente.

Tutti i 55 Ambiti siciliani, attraverso i propri Comuni, gestiscono direttamente il Servizio sociale professionale e le forme di esternalizzazione previste si riferiscono prevalentemente agli affidamenti per la realizzazione dei servizi socio-assistenziali nei territori.

Al 31 dicembre 2023, il rapporto medio su base regionale tra Assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1: 9.464 (Fonte: D.M. n. 125 del 26 luglio 2024)⁵⁶.

⁵⁶ Il calcolo è relativo agli ATS che risposto alla rilevazione SIOSS: 47 sul totale di 55

Toscana

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Alta Val D'Elsa	5	61.989
Alta Val Di Cecina-Val Dera	17	158.417
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	20	168.367
Amiata Senese E Val D'Orcia-Valdichiana Senese	15	74.703
Apuane	3	135.838
Aretina	6	127.430
Bassa Val Di Cecina-Val Di Cornia	16	135.010
Casentino	10	33.601
Colline Dell'Albegna	8	47.923
Elba	7	31.318
Empolese-Valdarno Inferiore	15	241.196
Fiorentina Nord Ovest	7	208.233
Fiorentina Sud Est	14	181.230
Firenze	1	363.837
Livornese	3	169.965
Lunigiana	14	51.226
Mugello	8	63.337
Piana Di Lucca	7	169.411
Pisana	9	201.357
Pistoiese	9	170.487
Pratese	7	260.972
Senese	15	123.931
Val Di Chiana Aretina	5	49.906
Val Di Nievole	11	100.062
Valdarno	8	94.108
Valle Del Serchio	19	52.829
Valtiberina	7	28.696
Versilia	7	159.419
REGIONE TOSCANA	273	3.664.798



Popolazione media per ATS: 130.886 - Range tra ATS con più e meno abitanti: 335.141

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali della Toscana si articola in 28 ATS con un numero medio di 10 Comuni, aventi una dimensione demografica che oscilla dai 29mila ai 363mila abitanti. Due leggi regionali del 2014, la 44 e la 45, individuano due strumenti per regolare gli assetti territoriali integrati in ogni zona distretto della Toscana: la Società della Salute (SdS) o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Azienda UsI di riferimento. Le SdS sono state istituite in Toscana nel 2008 (dalla LR 60, recante modifiche alla LR 40/2005), sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali integrate. Si configurano come consorzi pubblici istituiti ai sensi della legge regionale 40/2005 con la partecipazione dell'Azienda USL territorialmente interessata e dei Comuni della relativa Zona⁵⁷. Dove non sono costituite le società della salute l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria per la non autosufficienza e la disabilità è attuata attraverso apposita convenzione stipulata da tutti i comuni della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio. Come previsto dalla legge, la SdS possiede personalità giuridica (con codice fiscale e partita IVA) e assicura la gestione diretta delle attività sociosanitarie (percorsi per non autosufficienti e disabili, ma in alcuni casi

⁵⁷ Gli statuti delle SdS qualificano i soggetti giuridici come consorzi, ai sensi dell'art. 31 del TUEL 267/2000. Restano inoltre validi, per quanto applicabili, i riferimenti al Tuel 267/2000 per i permessi e rimborsi spese ai componenti degli organi della SdS e le cause di incompatibilità e di decadenza dei componenti dell'assemblea dei soci.

anche salute mentale, dipendenze e consultori) e delle attività socioassistenziali di titolarità dei comuni. Il consorzio SdS, essendo censito nell'elenco degli enti pubblici che l'ISTAT pubblica annualmente per legge, è un'amministrazione pubblica inserita nel conto economico consolidato delle amministrazioni pubbliche, sottoposto al principio del coordinamento della finanza pubblica e agli obiettivi di sostenibilità del debito pubblico. Sul territorio della Toscana, ci sono attualmente 16 Società della Salute e 12 zone distretto senza SdS che hanno sottoscritto la Convenzione sociosanitaria di cui all'articolo 70 bis della LR 40/2005.

Quadro Normativo

Le principali norme sono la LR 40/2005 Disciplina del servizio sanitario regionale - Le società della salute (Capo III bis); LR 41/2005 Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale; LR 66/2008 Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza oltre alle Disposizioni operative per il funzionamento delle Società della salute (Delibera n. 243/2011), alle linee di indirizzo sulla governance delle reti territoriali (Delibera n. 269/2019), alle linee di indirizzo per la predisposizione del regolamento di organizzazione delle SdS e schema-tipo di accordo per l'avvalimento da parte della SdS di unità organizzative di uno o più enti aderenti al consorzio (Delibera n. 1314/2022), agli indirizzi per la programmazione del fabbisogno di personale nelle SdS (Delibera n. 1600/2023), agli indirizzi per l'armonizzazione ed uniforme redazione dei bilanci preventivi e d'esercizio delle SdS (Delibera n.804/2024). È utile ricordare con la LR 41/2005, all'Art. 33 - Ambiti territoriali per la gestione associata del sistema locale di interventi e servizi sociali, si normano le zone-distretto, individuate secondo la procedura di cui all'articolo 64, comma 1, della LR 40/2005. Esse costituiscono l'ambito territoriale di riferimento per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei comuni. All'art. 36 bis è previsto, inoltre, che comuni possano gestire in forma associata le funzioni, i servizi e gli interventi nei livelli ottimali individuati ai sensi della legge regionale 16 agosto 2001, n. 40 (Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di comuni). Il piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere l'obbligo di gestire in forma associata gli interventi a carattere innovativo e sperimentale di interesse regionale.

I distretti sociosanitari in Toscana sono organizzati secondo il modello del "distretto integrato", che unisce i servizi sanitari e sociali per rispondere in modo globale ai bisogni della popolazione. Ogni zona-distretto comprende più comuni, e la sua dimensione territoriale varia in base alla densità della popolazione e ai bisogni specifici delle diverse aree.

Forme e Strumenti di Incentivazione

La Regione Toscana ha promosso diverse forme di finanziamento e sostegno per incentivare la collaborazione tra comuni e altri enti locali.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La LR del 23 marzo 2017 n. 11 (che modifica la L.R. n. 40/2005 e la L.R. n. 41/2005) ha approvato l'elenco degli ambiti territoriali risultanti dall'accorpamento delle preesistenti zone-distretto; la successiva Deliberazione del Consiglio Regionale n. 101 del 23 novembre 2021 ridefinisce le attuali 28 Zone-distretto coincidenti quindi con gli Ambiti territoriali sociali.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 544 del 15/05/23 sono state approvate delle Linee guida per l'integrazione sociale e lavoro, che prevedono la creazione del Servizio Integrato Inclusionione Lavoro (SILL). La coincidenza territoriale tra l'articolazione zonale e i CPI non è garantita in tutto il territorio regionale.

Governance Regionale

La programmazione sociale a livello regionale è attribuita al Tavolo Regionale per il Welfare della Regione Toscana, uno degli strumenti di coordinamento più importanti per la programmazione e l'attuazione delle politiche sociali sul territorio regionale. Il Tavolo è composto da rappresentanti delle principali istituzioni regionali e da attori sociali e sanitari del territorio, tra cui:

- Regione Toscana: Rappresentata dalla Giunta Regionale e dagli assessorati competenti in materia di welfare, salute, politiche sociali e istruzione.
- Comuni e Ambiti Territoriali Sociali (ATS): Rappresentanti dei Comuni e degli ATS, responsabili della pianificazione e gestione dei servizi sociali a livello locale.
- Aziende Sanitarie Locali (ASL): Responsabili della gestione dei servizi sanitari e del supporto sociosanitario.
- Terzo Settore: Organizzazioni non profit, cooperative sociali, associazioni di volontariato e altri soggetti del terzo settore.
- Organizzazioni Sindacali e Datoriali: Inclusi per garantire che le politiche di welfare rispondano anche alle esigenze del mondo del lavoro e dell'economia.
- Università e Centri di Ricerca: Forniscono supporto tecnico-scientifico, valutazioni e analisi sui bisogni sociali e sanitari.

Governance Territoriale

La governance territoriale è promossa attraverso Conferenze dei Sindaci e Comitati di Programmazione e Coordinamento, strutture che favoriscono la cooperazione tra la Regione, le ASL, i Comuni e le associazioni del terzo settore per coordinare l'attuazione delle politiche sociali e monitorare l'efficacia degli interventi.

Pianificazione Regionale e Territoriale

È attualmente in approvazione il nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024-2026 redatto dal gruppo di lavoro coordinato dall'Assessorato alla Salute e dall'Assessorato al Welfare (DGRT 1151 del 09.10.2023). Nell'aprile del 2017 la Conferenza Regionale dei sindaci ha discusso le nuove Linee di indirizzo per i Piani integrati di salute (PIS) e per i Piani di inclusione zonale (PIZ) che successivamente sono state approvate con la D.G.R. 573/2017, integrate con la Delibera n. 1339/2019 ed attualmente in corso di adeguamento. Il Piano di Inclusionione Zonale (ex Piano di Zona) è generalmente assorbito dentro il Piano Integrato di Salute pur non essendo obbligatorio negli ambiti zonalisti che non hanno istituito la SdS. I PIS devono essere intesi come il luogo della ricomposizione tra le finalità degli Enti locali e Asl; le funzioni sociali, sociosanitarie, della sanità territoriale; le risorse comunali, aziendali, di altri fondi pubblici o privati.

Assetto Organizzativo dell'Ufficio di Piano

La delibera 269/2019 "Governance delle reti territoriali" prevede di dare attuazione omogenea a livello regionale di due importati dispositivi di integrazione: l'Ufficio di Piano (UdP) e il budget di zona. Per quando riguarda l'UdP, la LR 40/2005 al co.5 dell'Art 64.2 esplicita che "il direttore di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'UdP supporta anche l'elaborazione del piano di inclusione zonale di cui all' articolo 29 della l.r. 41/2005". Si evidenzia che le tre ASL toscane hanno organizzato degli "Uffici di piano Aziendale" al fine di collaborare con gli Uffici di Piano zonali nella predisposizione degli atti programmatori. A titolo di esempio, il gruppo di lavoro "Ufficio di piano aziendale" è costituito dall'Azienda Sanitaria per supportare gli uffici di piano delle SdS della Toscana Centro nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA), con particolare riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario rapportarsi con i Dipartimenti aziendali.

Assetto Organizzativo del Servizio Sociale Professionale

A livello zonale operano il coordinatore sociosanitario e il coordinatore sociale. La prima figura è di radice aziendale, viene individuata dal direttore di zona tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale e lo coadiuva nell'esercizio delle funzioni di propria competenza. La seconda figura è di radice comunale, viene individuata dalla Conferenza zonale dei sindaci tra le figure professionali presenti in ambito zonale per lo svolgimento dei compiti inerenti all'attuazione di forme di accesso unitarie ai servizi del sistema integrato, al fine di assicurare: la presa in carico delle persone; la proposta di progetti integrati di intervento; l'erogazione delle prestazioni.

Al 31 dicembre 2023, il rapporto medio tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente considerando tutti 28 ATS era di 1: 4.840 (Fonte: D.M. n. 125 del 26 luglio 2024).

Trentino Alto Adige

Provincia Autonoma di Bolzano

Denominazione	N° Comuni	N° abitanti (al 1.1.2024)
Comunità Comprensoriale Valle Pusteria	26	84.452
Comunità Comprensoriale Valle Isarco	13	55.010
Comunità Comprensoriale Val Venosta	13	36.534
Comunità Comprensoriale Salto Sciliar	13	50.770
Comunità Comprensoriale Oltradige- Bassa Atesina	18	76.914
Comune di Bolzano	1	106.564
Comunità Comprensoriale Burgraviato	26	105.805
Comunità Comprensoriale Alta Valle Isarco Wipptal	6	20.884
PAB	116	536.933



Popolazione media per ATS: 67.117 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 85.680

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema dei servizi sociali della Provincia Autonoma di Bolzano si articola in 8 Ambiti territoriali di contenuta dimensione demografica (solo due ATS superano e di poco i 100mila abitanti). I servizi sociali sono esercitati in 7 ATS tramite "Comunità comprensoriali", "quali enti di diritto pubblico ai sensi dell'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 22 marzo 1974, n.279" che si occupano anche di altre funzioni⁵⁸. Il Comune di Bolzano forma un ambito mono-comunale e i servizi sociali sono affidati all'Azienda Servizi Sociali Bolzano – ASSB, ente strumentale del Comune. Gli 8 ATS sono ripartiti in 20 distretti sociali.

Il quadro normativo

La Provincia Autonoma di Bolzano ha disciplinato la gestione delle politiche sociali con la legge provinciale 30 aprile 1991 n° 13, "Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano" che all'articolo 15 fa riferimento ai distretti sociali, quale "unità organizzativa dei servizi sociali per l'erogazione delle prestazioni di base e di pronto intervento a favore di tutte le persone in stato di bisogno". Le "comunità comprensoriali" invece sono state istituite con la legge provinciale 20 marzo 1991, n° 7, "Ordinamento delle comunità comprensoriali".

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa provinciale non prevede l'obbligo della gestione associata in quanto afferma che "I comuni esercitano le funzioni proprie o delegate in forma singola, consorziata o mediante delega o subdelega alle comunità comprensoriali istituite ai sensi della legge provinciale 20 marzo 1991, n. 7" (art. 12 "Gestione servizi sociali" della LP 13/1991).

⁵⁸ Il Comune di Merano (Comunità Comprensoriale Burgraviato) ha mantenuto la gestione del servizio di assistenza domiciliare, dei centri diurni e dei centri di assistenza diurna ed ha affidato a gestori privati la casa delle donne e l'assistenza delle persone senzatetto [Piano provinciale sociale 2030: 41].

La LP 7/91 affida alle Comunità comprensoriali i seguenti compiti:

- 2) perseguire gli interessi comuni del comprensorio;
- 2) promuovere e coordinare iniziative per lo sviluppo culturale, sociale, economico ed ecologico, facendole valere nei confronti delle autorità competenti.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La normativa provinciale non prevede forme di incentivazione alla gestione associata.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La LP 13/1991 stabilisce che la Giunta provinciale definisce gli ambiti territoriali dei distretti sociali, che devono coincidere con quelli dei distretti sanitari (art. 15). Inoltre, nella stessa legge si prevede che "al fine di assicurare funzionalità ed economicità, nonché una gestione unitaria dei servizi sociali, i confini territoriali dei consorzi istituiti dai Comuni non devono intersecare i confini delle unità sanitarie locali" (art. 12 c.3). Infine, si afferma che "per una gestione unica e integrata del distretto socio-sanitario gli enti gestori dei servizi sociali e dei servizi sanitari sottoscrivono accordi, con i quali sono fissate le modalità gestionali uniche e di conduzione dei servizi, la predisposizione del personale e il finanziamento condiviso e partecipativo delle attività".

Nella Provincia Autonoma di Bolzano è attiva una sola Azienda sanitaria locale che si articola territorialmente in quattro comprensori, ognuno dei quali composto da più distretti sanitari (per un totale di 20 equivalente al numero di distretti sociali). I confini territoriali dei quattro comprensori sanitari comprendono uno o più ATS rispettando dunque, anche a questo livello territoriale, la prescrizione normativa.

I CPI (chiamati "Centri di mediazione del lavoro") attivi in provincia sono 6 e il perimetro territoriale della loro circoscrizione non coincide con gli Ambiti territoriali.

La governance regionale

La Giunta provinciale include tre assessorati diversi per le politiche sociali, sanitarie e del lavoro, rispettivamente: alla "Coesione sociale, Famiglia, Anziani, Cooperative e Volontariato", alla "Prevenzione sanitaria e salute" e al "Lavoro, Europa e Personale" a cui corrispondono altrettanti dipartimenti. Nel Dipartimento "Coesione sociale, Famiglia, Anziani, Cooperative e volontariato" è presente la Ripartizione Politiche Sociali che ha competenza sulle seguenti materie:

- assistenza economica sociale
- interventi e servizi sociali
- invalidi civili, ciechi civili e sordi
- fondo sociale provinciale
- interventi per la non autosufficienza
- previdenza
- promozione della tutela dei minori

La legge provinciale 13/1991 ha istituito presso la Ripartizione provinciale servizio sociale la **Consulta provinciale per l'assistenza sociale**, composta da:

- a) l'assessore provinciale all'assistenza e beneficenza pubblica, che la presiede;

- b) il direttore della Ripartizione provinciale servizio sociale, con funzioni di vicepresidente;
- c) quattro rappresentanti dei comuni, designati dal Consorzio dei comuni della provincia;
- d) un rappresentante del comune capoluogo di provincia, designato dal medesimo;
- e) un rappresentante delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, designato dalle medesime;
- f) quattro rappresentanti di istituzioni private, operanti nel settore socioassistenziale, designati dalle medesime;
- g) tre esperti del settore socio-assistenziale;
- h) due rappresentanti delle organizzazioni di categoria e due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello provinciale, designati dalle medesime.

La Consulta è organo consultivo dell'amministrazione provinciale in materia di assistenza e beneficenza pubblica; in particolare, essa esprime parere sui seguenti aspetti:

- a) piano sociale provinciale,
- b) piani annuali e pluriennali,
- c) relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sociale,
- d) criteri di ripartizione del fondo sociale provinciale.

L'Amministrazione provinciale di Bolzano non ha adottato, secondo quanto richiesto dal D.Lgs. 147/2017, la Rete provinciale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale.

La governance territoriale

Il sistema dei servizi e delle strutture sociali a livello locale è formato dai servizi territoriali e dai servizi distrettuali. La governance territoriale è la medesima nelle 7 Comunità comprensoriali, mentre si differenzia per il Comune di Bolzano che ha affidato la gestione dei servizi sociali ad un'azienda speciale; in questo caso vi è una netta distinzione tra la funzione di indirizzo politico (assunta dal Comune) e la funzione di gestione operativa (svolta dall'azienda).

Gli organi delle Comunità comprensoriali sono:

- a) il consiglio (composto da membri eletti dai consigli dei Comuni partecipanti e possono essere scelti anche fra cittadini non facenti parte dei consigli comunali);
- b) la giunta;
- c) il presidente;
- d) il collegio dei revisori dei conti.

A livello di Distretto sociale opera il Comitato di Distretto che svolge una funzione consultiva e di coordinamento dei servizi sociali e sanitari.

La pianificazione regionale e quella territoriale

La LP 13/1991 prevede che la Giunta provinciale approvi ogni triennio il piano sociale provinciale, coordinandolo con quello sanitario e con gli altri piani di settore. Attualmente è vigente il Piano sociale provinciale 2030, approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione 13 giugno 2023, n. 486 e presentato ufficialmente il 27 luglio 2023. Non sono previsti i Piani di zona. I Comuni di Bolzano e di Merano pubblicano dei Piani sociali⁵⁹. La normativa prevede l'attivazione di un sistema informativo socioassistenziale

⁵⁹ L'Amministrazione comunale di Bolzano si avvale del *Piano Sociale Qualità della vita nella Città di Bolzano* quale strumento di pianificazione e di programmazione con l'obiettivo di anticipare scenari futuri per poter definire ed impostare strategie di politiche sociali flessibili per gli anni 2024-2034, in un'ottica di approccio sistemico. Il Piano sociale del Comune di Merano

coordinato con gli altri sistemi in esercizio nell'ambito dell'amministrazione provinciale e comunale ed in particolare con quello sanitario. Il gestionale attualmente esistente, SOZINFO, raccoglie, a livello di distretto sociale, dati e informazioni sull'assistenza socioeconomica, sull'assistenza socio-pedagogica di base e sull'assistenza domiciliare, nonché sui servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Inoltre è opportuno ricordare che l'Amministrazione provinciale, per precise disposizioni normative⁶⁰, non riceve trasferimenti relativi al Fondo povertà (incluso il contributo assistenti sociali).

L'assetto organizzativo del Servizio Sociale Professionale

A livello territoriale è presente un'équipe di distretto composta da operatrici e operatori dei servizi sociali della comunità comprensoriale e del settore sanitario del distretto.

Nel distretto sociale, che prevede la figura di responsabile, lavorano assistenti sociali e altre figure professionali, inclusa una referente per l'assistenza economica sociale.

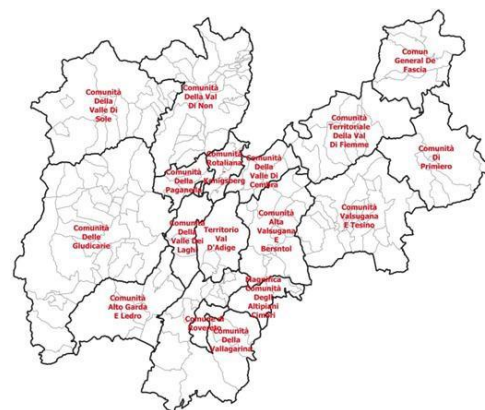
Dai dati SIOSS emerge che 5 ATS raggiungono il Livello essenziale di disporre di 1 assistente sociale ogni 5mila abitanti, mentre 3 non lo conseguono; per quanto riguarda l'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti è raggiunto da soli 3 ASTS.

2020-2022 (<https://iflow.it/piano-sociale-merano/>).

⁶⁰ Articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010) che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abroga l'articolo 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386 relativo alla partecipazione delle Province Autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione di fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Provincia Autonoma di Trento

Ambito territoriale sociale	N° comuni	N° abitanti (1.1.2024)
COMUN GENERAL DE FASCIA	6	9.339
Comune di Rovereto	1	40.047
COMUNITA' ALTA VALSUGANA E BERSNTOL	15	59.008
COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO	7	51.472
COMUNITA' DELLA PAGANELLA	5	5.019
COMUNITA' DELLA VAL DI NON	23	40.179
COMUNITA' DELLA VALLAGARINA	16	52.359
COMUNITA' DELLA VALLE DEI LAGHI	3	11.320
COMUNITA' DELLA VALLE DI CEMBRA	7	11.017
COMUNITA' DELLA VALLE DI SOLE	13	15.502
COMUNITA' DELLE GIUDICARIE	25	37.275
COMUNITA' DI PRIMIERO	5	9.384
COMUNITA' ROTALIANA-KONIGSBERG	6	28.656
COMUNITA' TERRITORIALE DELLA VALLE DI Fiemme	9	20.148
COMUNITA' VALSUGANA E TESINO	18	26.516
MAGNIFICA COMUNITA' DEGLI ALTIPIANI I Cimbri	3	4.645
TERRITORIO VAL D'ADIGE	4	123.297
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	166	545.183



Popolazione media per ATS: 32.070 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 118.652

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema trentino dei servizi sociali si articola in 17 Ambiti territoriali sociali⁶¹ di contenuta dimensione demografica (solo l'ATS con il comune di Trento supera i 100mila abitanti). In 15 ATS i servizi sociali sono esercitati in forma associata tramite la "Comunità"⁶², definito quale "ente pubblico costituito dai comuni appartenenti al medesimo territorio per l'esercizio di funzioni, compiti, attività e servizi nonché, in forma associata obbligatoria delle funzioni amministrative trasferite ai comuni" [LP 3/2006]. L'ATS Territorio Val D'Adige esercita la funzione associata attraverso una convenzione ex art. 30 del TUEL (con Trento come Comune capofila), mentre il Comune di Rovereto costituisce un ATS mono-comunale.

Il quadro normativo

La Provincia Autonoma di Trento ha disciplinato la gestione delle politiche sociali con la legge provinciale 27 luglio 2007 n°13, "Politiche Sociali nella provincia di Trento". Con una precedente norma - legge provinciale 16 giugno 2006 n°3, "Norme in materia di governo dell'autonomia del Trentino" - aveva definito che "le funzioni in materia di assistenza e beneficenza pubblica sono esercitate dai Comuni mediante le comunità"⁶³.

⁶¹ Su SIOSS anche l'Amministrazione provinciale di Trento appare come ATS, ma trattasi di una soluzione concordata con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per riuscire ad inserire alcune informazioni relative a servizi e operatori rimasti a titolarità e gestione della stessa Amministrazione.

⁶² Si fa presente che lo statuto della Comunità denominata "Comun General de Fascia", approvato con LP 10 febbraio 2010, n. 1, presenta, per le particolari caratteristiche storico-cultural della popolazione ladina, delle peculiarità rispetto alle restanti Comunità.

⁶³ In sede di prima applicazione sono trasferite ai comuni, con l'obbligo di esercizio associato mediante la comunità, le funzioni amministrative nelle seguenti materie: assistenza scolastica; assistenza e beneficenza pubblica, compresi i servizi socio-assistenziali, nonché il volontariato sociale per servizi da gestire in forma associata, ed esclusi gli accreditamenti di enti e strutture e le attività di livello provinciale da identificare d'intesa con il Consiglio delle autonomie locali; edilizia abitativa

La Provincia ha individuato gli ambiti territoriali così come definiti nell'allegato al Decreto del Presidente n. 65 di data 17 aprile 2007 (Individuazione dei territori delle Comunità ai sensi dell'articolo 12 della legge provinciale 16 giugno 2006, n.3) nel rispetto dei seguenti criteri:

- coinvolgimento dei comuni interessati per l'individuazione degli ambiti territoriali;
- omogeneità o positiva integrazione delle caratteristiche geografiche e socio-economiche e sufficiente grado di identificazione e comunanza nelle caratteristiche etnico linguistiche e nelle tradizioni storico-culturali della popolazione, assicurando in ogni caso unicità di ambito ai comuni ladini di Campitello di Fassa-Ciampedel, Canazei-Cianacei, Mazzin-Mazin, Moena-Moena, Pozza di Fassa-Poza, Soraga-Soragae Vigo di Fassa-Vich;
- dimensione degli ambiti idonea ad assicurare l'esercizio delle funzioni e l'organizzazione dei servizi a livelli adeguati di economicità ed efficacia;
- unicità degli ambiti territoriali individuati per la gestione associata in forma obbligatoria di funzioni e servizi;
- continuità territoriale;
- rispetto del principio di adeguatezza con particolare riferimento alle caratteristiche orografiche, storico-culturali e alla sostenibilità economica;
- assicurando forme di consultazione dei consigli comunali e ove occorra di partecipazione dei cittadini nella definizione della proposta di intesa.

Contenuti specifici delle norme regionali

La normativa provinciale afferma che in attuazione del principio di sussidiarietà, viene riconosciuto il ruolo fondamentale dei Comuni nella progettazione e nell'attuazione delle politiche sociali, **esercitato in forma associata mediante le comunità** di cui all'articolo 14, comma 2, della legge provinciale 16 giugno 2006, n. 3 (Norme in materia di governo dell'autonomia del Trentino).

Il sistema integrato dei servizi sociali trentino è costituito dall'insieme degli interventi (come definiti al capo V e delle attività di cui agli articoli 37 e 38 della legge 13/2007), realizzati dagli enti locali, dalla Provincia e dai seguenti altri soggetti:

- a) i cittadini, singoli o associati in organizzazione;
- b) le famiglie;
- c) le aziende pubbliche di servizi alla persona;
- d) gli enti del terzo settore;
- e) d bis) gli altri soggetti privati non a scopo di lucro aventi finalità coerenti con gli obiettivi

pubblica e sovvenzionata; urbanistica, ad esclusione delle funzioni amministrative attinenti ad opere di competenza dello Stato, della Regione e della Provincia nonché delle funzioni di pianificazione urbanistica di livello provinciale, fermo restando quanto previsto dal comma 9, e delle funzioni di vigilanza e tutela compatibili con l'ordinamento dei comuni e con la Costituzione; programmazione economica locale per quanto riguarda il rispettivo ambito territoriale, secondo quanto stabilito dalle intese e dagli accordi di programma previsti dai commi 9 e 10; programmazione socio-economica dello sviluppo prevista per le comunità montane dalla legge 3 dicembre 1971, n. 1102 (Nuove norme per lo sviluppo della montagna); la programmazione delle infrastrutture d'interesse locale a carattere sovracomunale, comprese le infrastrutture scolastiche; ulteriori funzioni individuate d'intesa con il Consiglio delle autonomie locali, previo parere della competente commissione permanente del Consiglio provinciale; per tali funzioni la Provincia può mettere a disposizione personale provinciale.

della LP 13/2007;

- f) le organizzazioni sindacali operanti a livello provinciale.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

La normativa provinciale non prevede forme di incentivazione alla gestione associata.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La coincidenza territoriale tra gli ATS con i distretti sanitari e i CPI non è prevista da alcuna normativa e non è adottata. Nella Provincia Autonoma di Trento è attiva una sola Azienda Provinciale per i servizi sanitari che si articola territorialmente in tre Distretti sanitari: Est, Sud e Nord.

I Centri per l'impiego – afferenti all'Agenzia del Lavoro (istituita con L.P. 16 giugno 1983, n. 19) - sono 12, variamente articolati tra sedi centrali e sedi secondarie, territorialmente non coincidenti con l'articolazione degli Ambiti territoriali.

La governance provinciale

La programmazione sociale è attribuita alla competenza al Servizio Politiche Sociali, articolazione del Dipartimento Salute e Politiche Sociali presso Assessorato alla salute, politiche sociali e cooperazione.

Per lo svolgimento delle attività di programmazione e d'indirizzo la Giunta provinciale si avvale del **Comitato per la programmazione sociale**, quale organo di consulenza e di proposta in materia sociale. Il Comitato per la programmazione sociale è nominato dalla Giunta provinciale, ha durata corrispondente alla legislatura provinciale ed è composto da:

- a) l'assessore provinciale competente in materia di politiche sociali, in qualità di presidente;
- b) il dirigente generale della struttura provinciale competente in materia di politiche sociali;
- c) il dirigente della struttura provinciale competente in materia di politiche sociali;
- d) il dirigente della struttura provinciale competente in materia di programmazione sanitaria;
- e) un rappresentante del Consiglio delle autonomie locali;
- e bis) un rappresentante dell'ente associativo delle aziende pubbliche di servizi alla persona maggiormente rappresentativo a livello provinciale;
- f) cinque rappresentanti del terzo settore, di cui: 1) due designati dalle organizzazioni di secondo livello aventi sede in provincia di Trento che associano enti autorizzati e accreditati ai sensi di questa legge; 2) due designati dalla consulta provinciale delle politiche sociali; 3) uno designato dalle organizzazioni di volontariato;
- g) un rappresentante delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello provinciale, esperto in materia sociale;
- h) due esperti esterni in materia di pianificazione e programmazione;
- i) un esperto in materia di pianificazione e programmazione designato dai soggetti che presiedono i tavoli territoriali.

La legge provinciale 7/2007 ha istituito anche **la consulta provinciale delle politiche sociali** quale luogo di confronto delle organizzazioni e delle professioni che operano in ambito socio-assistenziale con funzioni consultive e propositive in ordine all'attuazione di questa legge attraverso la formulazione di proposte e iniziative atte a favorire l'interesse, la ricerca e il confronto sui programmi di intervento anche

per quanto attiene l'integrazione socio-sanitaria.

L'Amministrazione provinciale di Trento non ha adottato, secondo quanto richiesto dal D.Lgs. 147/2017, la Rete provinciale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale.

La governance territoriale

Le Comunità sono composte dai seguenti organi:

- a) il consiglio dei sindaci, organo d'indirizzo e controllo, che approva i bilanci, i regolamenti, i piani e i programmi; individua gli indirizzi generali e ne cura l'attuazione; adotta ogni altro atto sottopostogli dal presidente; esercita le altre funzioni ad esso attribuite dallo statuto; è composto dal presidente e dai sindaci dei comuni appartenenti alla comunità;
- b) il presidente, legale rappresentante della comunità, che presiede il consiglio dei sindaci e l'assemblea per la pianificazione urbanistica e lo sviluppo;
- c) l'assemblea per la pianificazione urbanistica e lo sviluppo svolge le funzioni di pianificazione urbanistica e di programmazione economica ed esprime parere preventivo rispetto al bilancio, al piano sociale di comunità e ai programmi di investimento pluriennali. E' costituita dal presidente e da componenti in rappresentanza di ogni comune in numero variabile rispetto alla popolazione dello stesso (più o meno 3.000 abitanti).
- d) Il comitato esecutivo, può essere istituito se la comunità comprende almeno 6 comuni, svolge funzioni propedeutiche, consultive e propulsive rispetto all'attività del consiglio dei sindaci.

La pianificazione provinciale e quella territoriale

Il **programma sociale provinciale**, disciplinato dall'art. 10 della legge provinciale 27 luglio 2007 n. 13 "Politiche sociali nella provincia di Trento", è il principale strumento di programmazione in materia di politiche sociali. Il Programma definisce le linee d'indirizzo e coordinamento per l'esercizio delle funzioni da parte degli enti locali, individua i fabbisogni sociali e le priorità degli interventi di politica sociale.

Il programma sociale provinciale è approvato dalla Provincia su proposta del **comitato per la programmazione sociale** unitariamente oppure per stralci su specifici argomenti omogenei. Ad oggi sono stati approvati quattro stralci:

- Linee di indirizzo e coordinamento per le funzioni socio-assistenziali da parte degli enti locali;
- Linee guida per la pianificazione sociale di comunità;
- Indirizzi per la valutazione ai sensi della legge provinciale sulle politiche sociali n. 13 del 2007;
- Criteri per la determinazione del costo dei servizi socio-assistenziali.

L'art. 9 della legge provinciale 27 luglio 2007 n. 13 "Politiche sociali nella provincia di Trento" dispone che il **programma sociale provinciale** sia uno strumento della programmazione sociale provinciale insieme ai **piani sociali di comunità e al piano provinciale per la salute**. Attualmente è vigente il Piano per la salute del Trentino 2015-2025. Le Comunità di Valle/Territorio della Val d'Adige approvano, secondo tempistiche differenziate, i Piani sociali di comunità, solitamente di durata triennale.

L'assetto organizzativo del Servizio Sociale Professionale

La normativa nazionale e provinciale in materia di livelli essenziali e la programmazione regionale prevedono la gestione unitaria del Servizio Sociale Professionale su scala di ambito territoriale (Comunità di valle).

Si precisa che alcuni servizi e interventi sono rimasti in capo all'Amministrazione provinciale che è dotata di propri assistenti sociali e altro personale dedicati ai servizi sociali⁶⁴. Inoltre è opportuno ricordare che l'Amministrazione provinciale, per precise disposizioni normative⁶⁵, non riceve trasferimenti relativi al Fondo povertà (incluso il contributo assistenti sociali).

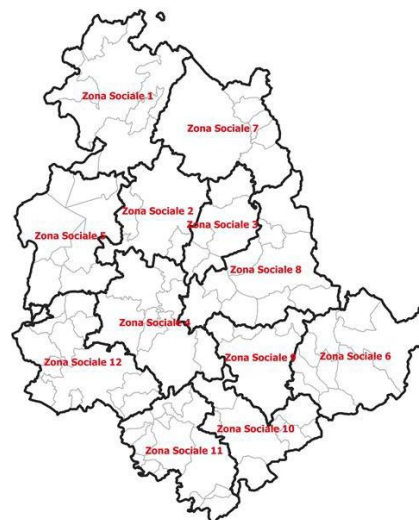
Nella Comunità è attivo un Segretario della Comunità (di solito una P.O.); in alcune Comunità è presente un coordinatore dei Servizi sociali; il personale è composito essendo formato da assistenti sociali, educatori (in alcune CdV), amministrativi e personale O.S.A – O.S.S... Non è presente un ufficio di Piano. L'ente titolare dei rapporti di lavoro con gli assistenti sociali è la Comunità. Le Comunità di valle utilizzano una cartella sociale informatizzata. Dai dati SIOSS emerge che tutti gli ATS non solo raggiungono il Livello essenziale di disporre di 1 assistente sociale ogni 5mila abitanti, ma anche l'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti.

⁶⁴ Per questo motivo, l'Amministrazione provinciale è inserita in SIOSS come un virtuale ATS aggiuntivo.

⁶⁵ Articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010) che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abroga l'articolo 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386 relativo alla partecipazione delle Province Autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione di fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Questa recepisce l'Accordo di Milano: "Norme per il coordinamento della finanza della regione Trentino-Alto Adige e delle province autonome di Trento e Bolzano", siglato il 30 novembre 2009 a Milano.

Umbria

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Zona Sociale 1	8	74.197
Zona Sociale 2	3	190.736
Zona Sociale 3	5	60.507
Zona Sociale 4	8	55.454
Zona Sociale 5	8	56.256
Zona Sociale 6	9	11.046
Zona Sociale 7	6	51.840
Zona Sociale 8	9	95.041
Zona Sociale 9	4	45.211
Zona Sociale 10	8	126.159
Zona Sociale 11	12	49.243
Zona Sociale 12	12	38.688
REGIONE UMBRIA	92	854.378



Popolazione media per ZS: 71.198 - Rango tra ZS con più e meno abitanti: 179.690

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali dell'Umbria si articola in 12 ATS (denominate Zone Sociali) con un numero medio di 8 Comuni, aventi una dimensione demografica modesta con soli due che superano i 100mila abitanti. In Umbria la gestione associata delle funzioni in materia di politiche sociali, esercitate dai Comuni, avviene principalmente attraverso la forma della convenzione, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 267/2000. Unica eccezione è l'Unione del Trasimeno, che coordina le politiche sociali a livello territoriale, gestendo congiuntamente i servizi per i Comuni membri dell'Unione.

Quadro Normativo

Il Testo Unico in materia di Sanità e Servizi Sociali, approvato con la Legge Regionale 11 del 2015, rappresenta il principale riferimento normativo per l'organizzazione dei servizi sociali in Umbria. Questa legge ha stabilito un quadro normativo per l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali a livello regionale. Per quanto riguarda la gestione territoriale dei servizi sociali, l'art. 268 bis del Testo Unico (Legge Regionale 11/2015) definisce la Zona Sociale, corrispondente al territorio del Distretto Sanitario, che si occupa della gestione associata delle politiche sociali esercitate dai Comuni. La Legge Regionale 10 del 2015, successivamente integrata dal Testo Unico, stabilisce i principi di organizzazione e funzionamento delle Zone Sociali. Ad oggi sul territorio regionale sono presenti n. 11 Zone sociali e 1 Unione dei comuni".

Contenuti Specifici delle Norme Regionali

Le Zone sociali, secondo quanto previsto dall'articolo 268 bis del citato Testo Unico in materia di sanità e servizi sociali, sono articolazioni territoriali corrispondenti ai distretti sanitari di cui all'articolo 22. Esse vengono individuate dal Piano sociale regionale.

Forme e Strumenti di Incentivazione

La normativa regionale prevede il conferimento al Comune della titolarità delle funzioni in materia di

politiche sociali nonché lo svolgimento da parte dello stesso delle attività di cui all'art. 6 della l. 328/2000. Il comma 2 dell' art. 265, l.r. 11/2015, prevede che i Comuni esercitino le funzioni in materia di politiche sociali nella forma della gestione associata, tramite le 12 Zone sociali. Non sono previsti sistemi incentivanti per la gestione associata.

Coincidenza Territoriale degli Ambiti

La coincidenza delle Zone Sociali con l'articolazione territoriale della Sanità è confermata, in quanto i distretti sanitari corrispondono direttamente alle ZS. Per quanto riguarda la coincidenza delle ZS con i CPI, pur essendoci una certa corrispondenza, si osserva una sovrapposizione a livello sovrazonale, poiché in Umbria i CPI (CPI) sono suddivisi su cinque aree provinciali, quindi non coincidenti in modo diretto con ogni singola ZS.

Governance Regionale

Con la DGR 540 del 01.06.2022, la Giunta Regionale ha istituito due tavoli principali per l'inclusione sociale e il contrasto alla povertà: il Tavolo di Governance Unitaria e il Tavolo di Coordinamento Tecnico, abrogando gli organismi precedenti (DGR 860/2018) ormai obsoleti rispetto alla normativa vigente.

Il Tavolo di Governance Unitaria è un organismo di indirizzo e coordinamento per le politiche sociali di inclusione e contrasto alla povertà, previsto dal D.lgs. 147/2017 e dalla Legge 328/2000. Presieduto dall'Assessore alla Sanità e Welfare, include rappresentanti delle Zone Sociali, CPI, Aziende USL, ANCI Umbria, Forum del Terzo Settore, Caritas diocesane e INPS regionale. Le sue funzioni principali riguardano:

- Indirizzo strategico e coordinamento delle politiche nazionali e regionali, inclusa l'attuazione del Reddito di Cittadinanza e della Pensione di Cittadinanza;
- Coordinamento del Piano regionale per gli interventi sociali contro la povertà, con l'uso delle risorse del Fondo per la lotta alla povertà;
- Promozione di un'equa distribuzione delle risorse sul territorio.

Il Tavolo di Coordinamento Tecnico, coordinato dal Direttore regionale della Salute e Welfare, è incaricato di attuare le decisioni del Tavolo di Governance Unitaria. Include anche i rappresentanti delle Zone Sociali, delle Aziende USL, dei CPI, di ANCI, del Forum del Terzo Settore, delle Caritas e dell'INPS. Con funzione consultiva, partecipano anche l'Ordine degli Assistenti Sociali, l'Osservatorio sulla Povertà, l'Agenzia Umbria Ricerche, e l'Università degli Studi di Perugia. Le sue principali funzioni comprendono:

- Coordinamento per l'integrazione dei programmi e progetti;
- Attuazione, monitoraggio e implementazione degli interventi sociali;
- Condivisione di metodi e strumenti per garantire l'armonizzazione dei risultati a livello regionale;
- Raccordo con il Coordinamento Tecnico del PNRR per garantire coerenza nelle procedure.

Governance Territoriale

Il coordinamento politico e istituzionale della Zona sociale è garantito dalla **Conferenza di Zona**, come previsto dall'articolo 271 della Legge Regionale 11 del 2015. All'interno della Zona sociale, sono istituiti due principali organismi di concertazione e coprogettazione, entrambi con un ruolo fondamentale nella pianificazione e nell'attuazione dei servizi sociali.

Il primo organismo, il **Tavolo Zonale di Concertazione**, è un organo partecipativo che include rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), enti pubblici operanti nel territorio con funzioni sociali, Aziende dei Servizi alla Persona (ASP), soggetti privati di diritto, nonché organizzazioni sindacali e del mondo del lavoro. Questo Tavolo ha il compito di:

1. Definire gli indirizzi per la programmazione sociale della Zona.
2. Valutare l'efficacia e l'attuazione del Po Sociale di Zona.

Il Tavolo Zonale di Concertazione è costituito dal **Comune Capofila** della Zona sociale, seguendo i criteri stabiliti dal **Piano Sociale Regionale**. Le modalità di funzionamento e la durata di questo Tavolo sono disciplinate dal **Regolamento Sociale Zonale**, in coerenza con il Piano Sociale di Zona (.

Il secondo organismo, i **Tavoli Zonali di Coprogettazione**, rappresentano un ulteriore strumento di partecipazione attiva, in cui sono coinvolti principalmente le Aziende pubbliche dei Servizi alla Persona e i soggetti privati di diritto, come previsto dalla Legge Regionale 25/2014 e dalla Legge 328/2000. Questi Tavoli consentono la partecipazione alla progettazione dei servizi e interventi sociali, e alla valutazione della loro attuazione, anche tramite la sottoscrizione di accordi procedimentali. Come il Tavolo Zonale di Concertazione, anche i Tavoli di Coprogettazione operano in base a modalità definite dal Regolamento Sociale Zonale, tenendo conto delle direttive del Piano Sociale di Zona.

Pianificazione Regionale e Territoriale

L'ultimo Piano Sociale Regionale è stato approvato con la Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 156 del 7 marzo 2017, che ha definito il "Nuovo Piano Sociale Regionale". Le attività sociosanitarie integrate, previste dal Piano Attuativo Locale (PAL) e dal Programma Attuativo Territoriale (PAT), in attuazione del D.Lgs. 502/1992, sono gestite da personale altamente qualificato, con competenze tecnico-professionali in ambito sociale. Tale personale opera nelle Zone sociali e collabora con i professionisti delle Aziende USL per garantire un'efficace integrazione tra i servizi sociosanitari.

Il **Piano Sociale di Zona** è lo strumento fondamentale di programmazione delle attività sociali a livello locale, con il quale la Zona sociale stabilisce gli interventi da attuare e i criteri per l'erogazione dei servizi.

Il Piano Sociale di Zona include diversi elementi chiave, tra cui:

- Il **bilancio dello stato di attuazione** del Piano precedente.
- Gli **obiettivi strategici** e le priorità di intervento.
- Le modalità organizzative per la gestione dei servizi e delle prestazioni.
- Le risorse necessarie (umane, finanziarie, strumentali).
- Le modalità di integrazione e coordinamento con i servizi socioassistenziali, sanitari, educativi e di formazione.

Il percorso di aggiornamento dei Piani Sociali di Zona è tuttavia in ritardo, in attesa della definizione del nuovo Piano Sociale Regionale.

Assetto Organizzativo dell'Ufficio di Piano

Presso il Comune capofila della Zona sociale è istituito l'Ufficio di piano, responsabile della pianificazione sociale territoriale. Il Comune capofila nomina il responsabile sociale di zona, designato dalla Conferenza di zona. Entro il 31 marzo di ogni anno, il Comune capofila trasmette alla Giunta regionale una relazione sulle attività svolte. Inoltre, con regolamento, il Comune capofila stabilisce modalità e criteri di

funzionamento della Zona sociale, secondo gli indirizzi della Giunta regionale. Le attività sociosanitarie integrate, individuate dal Piano attuativo locale (PAL) e dal Programma attuativo territoriale (PAT), di cui al d.lgs. 502/1992, sono svolte da personale con competenze tecnico-professionali in materia sociale, disponibile nella Zona sociale e nelle aziende sanitarie locali.

L'Ufficio di Piano, in collaborazione con il Tavolo Zonale di Concertazione, svolge un ruolo centrale nell'elaborazione del Piano Sociale di Zona, agendo sulla base degli indirizzi definiti dal Piano Sociale Regionale. Per assolvere a questa funzione:

Effettua la rilevazione dei bisogni del territorio, garantendo una visione aggiornata delle necessità sociali.

Integra le politiche sociosanitarie, considerando:

1. Il Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA), previsto dall'articolo 326 della legge regionale sui servizi sociali.
2. Il Piano Attuativo delle Aziende Sanitarie Regionali, stabilito dall'articolo 14.
3. Il Programma delle Attività Territoriali (PAT) di distretto, disciplinato dall'articolo 15.

Assetto Organizzativo del Servizio Sociale Professionale

È lasciata alle singole ZS la scelta sulle modalità organizzative circa il servizio sociale. Particolarità della Regione Umbria è che la struttura organizzativa dei servizi sociali territoriali prevede la costituzione di Uffici della Cittadinanza (UDC), il primo punto di accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari. Gli Uffici della Cittadinanza sono composti da assistenti sociali, educatori e comunicatori, figure professionali che lavorano in sinergia per garantire un supporto efficace e mirato. Gli interventi e le attività degli Uffici della Cittadinanza sono gestiti attraverso una cartella sociale regionale unica, denominata SISO, che consente un tracciamento integrato e una gestione coordinata delle informazioni relative agli utenti. Al 31 dicembre 2023 il rapporto tra assistenti sociali in servizio con incarico a tempo indeterminato e popolazione residente era di 1:5.480 abitanti (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁶⁶.

⁶⁶ Il calcolo è relativo agli ATS che hanno risposto alla rilevazione SIOSS: 11 sul totale di 12.

Valle d'Aosta



Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

La Regione Autonoma della Valle D'Aosta è l'unico caso nazionale in cui vi è la presenza di un solo ATS, coincidente con la amministrazione regionale stessa, composto da 74 Comuni per una popolazione di 123mila abitanti.

Il quadro normativo

La Regione Valle d'Aosta non ha una norma unica di regolamentazione dei servizi sociali. Il sistema regionale dei servizi è disciplinato da una serie di norme settoriali⁶⁷ e di organizzazione del sistema. La Regione gestisce direttamente la competenza dei servizi sociali, come stabilito dalla Legge n. 6 del 2014, che definisce come vengono esercitati, tramite l'amministrazione regionale i servizi sociali, ai sensi dell'art. 19 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dell'art. 2 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 (Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione)".

Entro maggio 2025, si prospettano delle evoluzioni organizzative e gestionali in materia di Politiche sociali. Il Consiglio Regionale dovrebbe deliberare una nuova legge regionale che riorganizza i servizi rivedendo di conseguenza la legge n.6 del 2014 e la legge n.1 del 2002, con l'istituzione di un nuovo ente strumentale della Regione, che dovrà gestire i servizi sociali. Tale ente, definito all'interno delle tipologie definite dalla stessa 328/2000, dovrà inglobare il personale attualmente in carico presso la Società Servizi Valle d'Aosta Spa. Questo nuovo ente gestirà oltre al servizio sociale, il PUA, i servizi anziani e i centri assistenziali, servizi per minori, assistenti di sostegno agli studenti e i servizi residenziali e diurni per le persone anziane, oltre alle case rifugio per donne e ai centri famiglie. È il Piano salute e benessere 2022-25, approvato con delibera del Consiglio regionale n.2604 del 22-06-2023, a fornire le indicazioni per l'istituzione dell'azienda speciale e sulle sue competenze.

Contenuti specifici delle norme regionali

⁶⁷ Le principali leggi regionali che regolamentano i servizi sociali sono la L.R. 83/1982, la L.R. 1/2002, la L.R. 23/2010, la L.R. 44/2010, la L.R. 4/2013, la L.R. 6/2014, la L.R. 14/2018

La maggiore peculiarità regionale ricompresa dalle norme in tema di gestione associata sta nella scelta di istituire un ambito a livello di amministrazione regionale e ricomprendere tutte le competenze di attuazione delle politiche sociali, prima attribuite a comuni e comunità montane. Le norme sopra richiamate (legge n.6 del 2014 e la legge n.1 del 2002) forniscono il contorno normativo alle competenze dell'ambito regionale, il cui funzionamento è regolato dal Piano di Zona.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Su questo aspetto non sono state raccolte informazioni.

La coincidenza territoriale degli ambiti

In Regione Valle d'Aosta ci sono 3 Centri per l'impiego, un ASL di riferimento e un ambito per la gestione dei servizi sociosanitari. Tutte le funzioni sono a regia regionale e questo una forte sinergia con le politiche sanitarie e del lavoro.

La programmazione delle politiche sociali e sanitarie è unica e viene realizzata con l'approvazione del Piano di Salute e Benessere, che definisce le prospettive di entrambi i settori. Rispetto alle politiche del lavoro invece esistono attualmente differenti livelli di programmazione, anche se vi sono momenti di confronto e collaborazione tra le due direzioni regionali. La Regione sta lavorando per migliorare le collaborazioni anche attraverso la definizione, con un atto di Giunta di un Protocollo di collaborazione tra gli enti locali territoriali ed enti del terzo settore in un'attività di co-programmazione, che definisca nuove modalità di collaborazione nelle politiche di welfare.

La governance regionale

Attualmente le funzioni di programmazione delle politiche sociali sono gestite in forma associata da parte dell'Amministrazione regionale per il tramite del Piano di zona regionale, il quale, come stabilito nell'Accordo di programma, garantisce l'articolazione territoriale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale e ne assolve le funzioni. La programmazione sociale è attribuita all'interno della Regione al **Dipartimento politiche sociali**, incardinato nell'**Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali**.

La governance territoriale

La governance territoriale è definita all'interno dell'amministrazione regionale presso l'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali.

L'indirizzo politico del Piano di zona è demandato alla **Conferenza di Piano di zona** a cui compete:

- approvare l'Accordo di programma del Piano di Zona e vigilare sul rispetto degli obblighi ivi contenuti;
- approvare i documenti programmatici nell'ambito delle politiche sociali e sociosanitarie regionali proposti dall'Ufficio di Piano;
- monitorare e verificare il raggiungimento degli obiettivi definiti nei documenti programmatici approvati nell'ambito delle politiche sociali e sociosanitarie regionali;
- individuare orientamenti e obiettivi futuri in materia di politiche sociali;
- assicurare il raccordo con le altre politiche settoriali;
- definire indirizzi strategici e organizzativi, anche su proposta dei Gruppi interistituzionali regionali e di zona, in ordine alle politiche sociali, sociosanitarie, abitative, del lavoro, della formazione, dell'istruzione;

- assicurare la declinazione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale sul territorio regionale al fine di garantire la piena realizzazione dei piani regionali di contrasto alla povertà di cui al D.lgs 15 settembre 2017, n 147 Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà. Tale organo è così composto:

- a) Assessore regionale alla sanità, salute e politiche sociali
- b) Presidente del Consiglio Permanente degli Enti Locali della Valle d'Aosta – CPEL o suo delegato;
- c) Sindaco del Comune di Aosta o suo delegato;
- d) Presidenti delle *Unités des Communes Valdôtaines* o loro delegati;
- e) Direttore generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta o suo delegato;
- f) un rappresentante politico della Cooperazione sociale;
- g) un rappresentante politico del Volontariato;
- h) un rappresentante politico del Forum del Terzo settore;
- i) un rappresentante politico delle Fondazioni iscritte all'Anagrafe unica degli enti ONLUS (settore assistenza sociale e sociosanitaria) dell'Agenzia delle Entrate – Direzione regionale della Valle d'Aosta;
- j) Assessori regionali competenti in ordine agli argomenti oggetto di discussione (lavoro, istruzione, formazione, politiche abitative, ...)

Per il suo funzionamento la Regione definisce all'interno dell'ambito dei **Gruppi interistituzionali** (come risulta all'art. 6 dell'Accordo di programma per l'adozione del piano di zona). I Gruppi interistituzionali sono tavoli di lavoro a tema e a geometria variabile che svolgono funzioni di consultazione, programmazione e progettazione di politiche e interventi di settore su scala regionale.

I differenti temi e tavoli di zona, permanenti o temporanei, sono individuati, di concerto con gli enti firmatari del presente Accordo, in coerenza con i Gruppi interistituzionali regionali e con gli obiettivi strategici regionali definiti nei documenti di programmazione. In fase di prima applicazione, la suddetta individuazione dovrà avvenire entro 90 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo e garantire i seguenti ambiti di lavoro:

- Politiche di inclusione lavorativa e sociale: piano povertà, ivi compresa la povertà educativa e interventi di contrasto all'emarginazione sociale (tra cui anche la dispersione scolastica, lo sviluppo di dipendenze patologiche, ...);
- Politiche per la famiglia, intesa sia come ambito specifico di intervento sia declinata nelle sue differenti componenti di fragilità o bisogno (es. minori, giovani, anziani, disabili, ...);
- Politiche migratorie, con particolare riferimento ai piani di intervento regionali del Fondo asilo migrazione integrazione – FAMI (integrazione civico-linguistica, consulenza e sostegno alle famiglie di migranti, partecipazione attiva alla vita comunitaria, valorizzazione delle associazioni, ...);
- Sistema di welfare regionale: governance, modelli di integrazione tra pubblico e privato, normativa di settore per la gestione dei servizi, con particolare attenzione allo studio e alla progettazione di modalità innovative di gestione, anche con riferimento alla Riforma del Terzo settore.

Per quanto riguarda la **Società di Servizi Valle d'Aosta Spa**, la sua governance è lasciata ad un Amministratore unico della società, che definisce solo gli aspetti organizzativi, fornisce le postazioni di servizi sociali e organizza l'attività più gestionale delle assistenti sociali incardinate in questa struttura, ma non ha un ruolo di governance.

In futuro si sta delineando la scelta di effettuare una coprogrammazione delle Politiche sociali sfruttando

la Rete per la protezione sociale e gli attori pubblici e privati del territorio, anche attraverso la creazione di un nuovo ente strumentale per la gestione dei servizi alla persona e degli interventi socioassistenziali e socioeducativi, come ricordato all'interno del quadro normativo.

La pianificazione regionale e quella territoriale

Il **Piano regionale per la salute e il benessere sociale della Regione Valle d'Aosta 2022-25** è il piano di programmazione attualmente in vigore, approvato con una deliberazione del Consiglio regionale del 22 giugno 2023 n. 2064. All'interno del piano si definisce anche la costituzione di una Cabina di Regia che definisca l'assetto organizzativo e gestionale dei servizi e degli interventi sociali, nonché la revisione delle funzioni del Piano di zona. la Cabina di Regia sarà composta, con pari dignità, dai rappresentanti della Regione e degli Enti locali, e in base alle necessità, da soggetti a vario titolo coinvolti. Per le funzioni in ambito sociale di competenza regionale, la Cabina di Regia sarà composta dalla Regione e, in base alle necessità, da soggetti a vario titolo coinvolti, con particolare riferimento ai legittimi portatori di interessi, tra i quali gli enti del Terzo settore.

L'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è diretto dal Coordinatore del Piano di Zona che può essere sostituito dal Dirigente della struttura regionale competente in materia di politiche per l'inclusione e l'integrazione sociale. L'ufficio di Piano è così composto:

- a. il Coordinatore del Piano di Zona regionale che ne dirige e ne coordina i lavori;
- b. il Dirigente della struttura regionale competente in materia di politiche per l'inclusione e l'integrazione sociale;
- c. il Dirigente della struttura competente per la gestione dei Punti Unici di Accesso;
- d. i quattro Segretari designati dalle *Unités des Communes Valdôtaines* in rappresentanza dei sub-ambiti 1-2-3-4;
- e. il Dirigente del Comune di Aosta dell'Assessorato competente in materia di politiche sociali in rappresentanza del sub-ambito 5;
- f. il rappresentante tecnico del Consiglio Permanente degli Enti Locali della Valle d'Aosta - CPEL;
- g. il Direttore dell'Area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- h. un rappresentante tecnico del Volontariato;
- i. un rappresentante tecnico della Cooperazione sociale;
- j. un rappresentante tecnico del Forum del Terzo settore;
- k. un rappresentante tecnico delle Fondazioni iscritte all'Anagrafe unica degli enti ONLUS (settore assistenza sociale e sociosanitaria) dell'Agenzia delle Entrate – Direzione regionale della Valle d'Aosta, designato dalle fondazioni stesse di volta in volta in base ai temi trattati e alle rispettive specificità statutarie;
- l. altri rappresentanti tecnici eventualmente coinvolti in base ai temi trattati (istruzione, politiche abitative, lavoro, formazione ...).

All'Ufficio di Piano competono le seguenti funzioni:

- definire e attuare a livello tecnico gli indirizzi individuati dalla Conferenza del Piano di Zona;
- fungere da riferimento tecnico-organizzativo a livello regionale;
- promuovere iniziative per il reperimento di risorse a valere su fonti di finanziamento europee,

nazionali e regionali per lo sviluppo delle politiche sociali e per il consolidamento della rete integrata degli interventi e dei servizi e per la sperimentazione di progetti innovativi;

- monitorare e coordinare gli interventi, i progetti e le attività avviati secondo quanto previsto nei documenti programmatici approvati nell'ambito delle politiche sociali e sociosanitarie regionali;
- predisporre e adottare un sistema di valutazione degli esiti e degli impatti degli interventi previsti dai documenti programmatici;
- stimolare e monitorare le attività dei Gruppi interistituzionali regionali e di zona;
- programmare e redigere piani pluriennali di formazione continua in una prospettiva interprofessionale e multidisciplinare;
- collaborare alla predisposizione dei documenti di programmazione di interesse regionale, anche in ottemperanza a disposizioni nazionali ed europee.

L'assetto organizzativo del servizio sociale professionale

Sul territorio regionale il rapporto tra assistenti sociali e residenti raggiunge già il rapporto 1 a 4.000, operando in numero di 51,57 assistenti sociali - dipendenti, a tempo determinato e a tempo indeterminato appartenenti all'organico dell'Ente Regione, del Comune di Aosta e, per la maggior parte, dalla Società di servizi della Valle d'Aosta S.p.a.⁶⁸

Il servizio sociale è diviso in aree di competenze e è stabilito a livello regionale con 4 coordinatori per ciascuna tipologia di servizio. C'è un coordinamento dell'area minori, uno per area Adulti e uno Area anziani e uno per la disabilità.

⁶⁸ Il DM riporta 55,65 assistenti sociali assunti a tempo indeterminato che generano un rapporto di 1: 2.209.

Veneto

Ambito territoriale sociale	N° comuni (1.1.2024)	N° abitanti (1.1.2024)
Ambito Sociale VEN_01 - Belluno	46	116.870
Ambito Sociale VEN_02 - Feltre	15	80.897
Ambito Sociale VEN_03 - Bassano del Grappa	23	178.512
Ambito Sociale VEN_04 - Thiene	32	183.633
Ambito Sociale VEN_05 - Arzignano	22	178.345
Ambito Sociale VEN_06 - Vicenza	37	314.078
Ambito Sociale VEN_07 - Conegliano	28	209.616
Ambito Sociale VEN_08 - Asolo	29	248.453
Ambito Sociale VEN_09 - Treviso	37	420.476
Ambito Sociale VEN_10 - Portogruaro	21	225.966
Ambito Sociale VEN_12 - Venezia	3	276.155
Ambito Sociale VEN_13 - Spinea	17	270.245
Ambito Sociale VEN_14 - Chioggia	3	62.574
Ambito Sociale VEN_15 - Camposampierese	28	258.223
Ambito Sociale VEN_16 - Padova	29	494.265
Ambito Sociale VEN_17 - Este	44	176.627
Ambito Sociale VEN_18 - Lendinara	41	162.438
Ambito Sociale VEN_19 - Adria	10	67.368
Ambito Sociale VEN_20 - Verona	36	471.501
Ambito Sociale VEN_21 - Legnago	25	155.666
Ambito Sociale VEN_22 - Sona	37	300.064
REGIONE DEL VENETO	563	4.851.972



Popolazione media per ATS: 231.046 - Rango tra ATS con più e meno abitanti: 431.691

Assetto territoriale dei servizi sociali e forme di esercizio associato

Il sistema locale dei Servizi sociali del Veneto si articola in 21 ATS con un numero medio di 27 Comuni, aventi una dimensione demografica medio-alta seppur piuttosto diversificata. I 21 ATS, in cui si articolano i servizi sociali in Veneto, rappresentano la configurazione territoriale delle Aziende Unità Locali dei Servizi Sociosanitari (A.ULSS) precedente alla L.R. n. 19/2016⁶⁹. La forma di esercizio della funzione socioassistenziale è attuata secondo una gamma piuttosto ampia di soluzioni e in fase di cambiamento che, a gradienti diversi, porta da quella a livello di singolo Comune⁷⁰ a quella associata. Prevalgono modalità miste di esercizio della funzione in cui accanto all'esercizio associato si riscontrano anche forme di attuazione singola. Per quanto riguarda la forma associata, essa viene attuata tramite:

- convenzione ex art. 30 del TUEL (negli ultimi anni, seppur con tempistiche diversificate, in tutti gli ATS è stata sottoscritta perlomeno una convenzione per la gestione associata degli interventi e servizi di contrasto della povertà);
- delega all'A.ULSS (quasi tutti gli ATS hanno delegato funzioni che le disposizioni regionali distinguono tra obbligatorie e facoltative; 2 ATS hanno delegato completamente la funzione socioassistenziale);
- Unioni di Comuni, Unioni Montane, Consorzi, Aziende speciali consortili e altri enti strumentali.

Una peculiarità della regione è che all'interno di vari ATS convivono più enti attuatori di forme associate della funzione socioassistenziale, talvolta limitata ad un sottoinsieme di Comuni appartenenti all'Ambito,

⁶⁹ Individuati anche con le singole denominazioni con la DGR 1191 del 18 agosto 2020 che differiscono da altre denominazioni in uso presso i vari elenchi impiegati (SIOSS, Fondo Povertà, PNRR).

⁷⁰ Benché alla data odierna non esista un solo Comune che attui autonomamente tutti i servizi e gli interventi previsti dalla funzione socioassistenziale.

talvolta avente ad oggetto specifiche materie (es. tutela minori, area disabilità quasi sempre affidate all'A.ULSS).

Il quadro normativo

La Regione del Veneto, anche su spinta degli interventi di contrasto alla povertà, di quanto previsto dal D.Lgs. 147/2017 e dalle disposizioni sui LEPS, si è recentemente dotata di una legge volta al riordino dell'Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali" (LR 9 aprile 2024, n°9). L'Amministrazione regionale, anche cogliendo l'opportunità offerta dalla riforma del Titolo V della Costituzione e soddisfatta del proprio modello di integrazione sociosanitaria, non aveva ritenuto opportuno adeguare, fino alla primavera di quest'anno, la precedente normativa (LR 55/1982⁷¹) rispetto a quanto previsto dalla legge 8 novembre 2000, n°328.

Contenuti specifici delle norme regionali

La nuova normativa regionale stabilisce che *"I Comuni esercitano in forma associata e attraverso un'ideale e stabile organizzazione la funzione socioassistenziale e in particolare realizzano i LEPS, al fine di garantire modalità uniformi di assistenza sociale tenendo conto delle esigenze dell'integrazione socio-sanitaria"* (art. 8, c.1). Si prevede che i Comuni, ricompresi negli ATS, individuino tra le forme associative previste dal D.Lgs. 267/2000 (TUEL), quelle con personalità giuridica ed in particolare si indica come preferibile la forma dell'Azienda speciale consortile pubblica, di cui agli artt. 31 e 114, co.1. È lasciata comunque la facoltà, per i soli Comuni capoluogo di provincia, in qualità di enti capofila di ATS, di continuare ad avvalersi della convenzione ex art. 30, qualora tale forma sia stabilmente costituita e la scelta sia supportata da un'adeguata analisi dei costi e benefici. La normativa prevede anche l'iter pluriennale per giungere al nuovo assetto istituzionale degli ATS⁷² e, nel rispetto delle autonomie degli Enti locali, pure la struttura organizzativo-amministrativa minima di cui l'ATS deve dotarsi per garantire la programmazione e la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali a livello locale di cui diremo più avanti.

Le forme e gli strumenti di incentivazione

Con il fine di sostenere il passaggio al nuovo assetto degli ATS, la normativa regionale affida alla Giunta regionale il compito di disciplinare le modalità di incentivazione delle forme di esercizio associato con una disponibilità complessiva pluriennale di 5,5 milioni di euro⁷³.

La coincidenza territoriale degli ambiti

La normativa assegna alla Giunta regionale il compito di disciplinare "la programmazione ed erogazione

⁷¹ "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", questa normativa è stata solo parzialmente modificata dalla recente LR 9/2024.

⁷² Iter che prevedeva entro sei mesi dell'entrata in vigore della legge, alcuni provvedimenti relativi a: indicazioni per la costituzione e l'avvio dell'ATS; schema di regolamento per l'istituzione del Comitato dei Sindaci di Ambito; schema di protocollo di intesa per l'individuazione delle fasi di definizione delle modalità organizzative e delle tempistiche per la realizzazione dell'esercizio associato; modalità di costituzione e funzionamento della Rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale; l'esercizio delle funzioni delegate alle Aziende ULSS; disciplina delle modalità per la formazione dell'elenco regionale del direttore responsabile tecnico- amministrativa, gestionale e contabile degli ATS.

⁷³ Una prima tranche di tale ammontare è stata assegnata con la DGR n°1277 del 5 novembre 2024 che identifica anche i criteri e le modalità stesse di assegnazione dei contributi.

integrata degli interventi nelle delimitazioni territoriali omogenee tra gli ATS, i distretti sanitari e i centri per l'impiego" (art. 4 c. 3). Ad oggi questa coincidenza puntuale di unità territoriali non esiste né sul versante sanitario, né su quello del lavoro. In Veneto le A.ULSS sono 9 e sono articolate territorialmente in 26 Distretti sanitari. Tre ATS comprendono più distretti sanitari; non esiste comunque nessun Comune che appartiene contemporaneamente ad un ATS e ad un Distretto sanitario diverso dal proprio ATS.

Negli ultimi mesi, in vista del nuovo assetto, l'esistenza di ATS densamente abitati e ampiamente estesi stanno legittimando richieste per l'istituzione di nuovi ATS, che per legge devono comunque coincidere con i Distretti sanitari. Per quanto riguarda le circoscrizioni del lavoro, i Centri per l'impiego – afferenti all'Ente strumentale Veneto lavoro – sono 40⁷⁴. Benché non si dia coincidenza territoriale è attiva da tempo una proficua collaborazione tra ATS e Cpl, i quali hanno individuato un referente per la realizzazione di interventi che richiedono (come per il RIA, il RdC ed ora l'AdI) una forte integrazione tra operatori delle politiche attive del lavoro e del comparto sociale.

La governance regionale

La Giunta regionale del Veneto prevede un unico Assessorato "Sanità – Servizi sociali – Programmazione socio-sanitaria". Gli uffici dell'area Sanità e Sociale sono aggregati in più Direzioni: Risorse Umane SSR; Programmazione sanitaria; Servizi sociali; Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria; Direzione Farmaceutico, protesica, dispositivi medici; Programmazione e controllo SSR; Edilizia Ospedaliera a finalità collettiva.

La Direzione Servizi sociali si articola a sua volta in 4 Unità Operative:

- Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile;
- Non Autosufficienza delle persone anziane;
- Dipendenze, Terzo Settore, Nuove Marginalità e Inclusione Sociale;
- Persone con disabilità e progettualità a supporto.

La nuova legge 9/2024 ha istituito anche **la Rete regionale per la gestione associata e l'inclusione sociale** al fine di garantire una maggiore omogeneità territoriale nella realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. La rete esprime pareri non vincolanti su schemi di disegni di legge e di regolamenti in materia sociale, sul Piano regionale degli interventi dei servizi sociali e sui piani settoriali.

La rete è composta da:

- a. Assessore regionale competente in materia di politiche sociali, con funzioni di Presidente;
- b. Assessori regionali le cui materie afferiscono al sistema di welfare;
- c. Presidenti dei Comitati dei Sindaci di Ambito;
- d. Direttori degli ATS;
- e. Direttori generali delle A.ULSS.

Alla Rete sono altresì invitati il Presidente di ANCI regionale, tre rappresentanti delle organizzazioni rappresentative degli ETS; inoltre possono essere invitati anche altri rappresentanti delle parti sociali, delle organizzazioni sindacali e di altri portatori di interesse pubblico.

A seguito delle disposizioni contenute dal D.Lgs. 147/2017, la Giunta Regionale con la DGR 1504 del 16 ottobre 2018 aveva istituito il **Tavolo regionale per la Rete della Protezione e dell'Inclusione Sociale**

⁷⁴ Cfr. Veneto lavoro alla pagina internet: www.cliclavoroveneto.it/sedi-e-contatti-cpi. Alle sedi dei Cpl vanno aggiunti gli Uffici per il collocamento mirato e il coordinamento di ambito (inteso provinciale).

supportato, come da disposizioni contenute nel regolamento interno, anche da una Commissione tecnica che si è avvalsa a sua volta di sotto-gruppi tecnici tematici. È evidente che la nuova Rete sostituirà questo precedente e più tematico organismo che, in questi sei anni di esistenza, ha comunque svolto una funzione di governance regionale sulle politiche di contrasto alla povertà.

La governance territoriale

La LR 9/2024 individua quale organismo decisionale dell'ATS il Comitato dei Sindaci di Ambito che è la nuova denominazione che assume il Comitato dei Sindaci di Distretto (già previsto alla LR 19/2016 recante "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato Azienda per il Governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS") per quanto concerne le funzioni e le materie sociali.

Il Comitato dei Sindaci di Ambito svolge le funzioni dell'organo assembleare per ciascuna forma associativa scelta dall'ATS, ovvero di indirizzo e controllo per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali nel territorio di competenza, e in particolare:

- d) definisce le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte dell'ATS e della rete dei servizi;
- d) definisce le forme di collaborazione e coordinamento degli altri soggetti istituzionali competenti per le politiche di integrazione con quelle sociali;
- d) elabora e approva il Piano di zona;
- d) elabora e approva il bilancio di Ambito e l'allocazione delle risorse nelle diverse aree di intervento.

Partecipano, senza diritto di voto, il direttore dell'ATS e, per le materie di integrazione socio-sanitaria, il direttore dei servizi socio-sanitari dell'A.ULSS.

A livello di ATS è istituita pure la **Rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale**, quale declinazione territoriale della Rete regionale. Tale rete è intesa soprattutto come luogo di partecipazione dei vari soggetti che a livello locale si occupano del welfare.

La pianificazione regionale e quella territoriale

All'art. 12 della LR 9/2024 è previsto il Piano regionale degli interventi e servizi sociali, in attuazione e ad integrazione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Fino ad oggi la Regione del Veneto non ha mai predisposto un Piano sociale regionale in quanto le materie sociali (ma specificamente quelle sociosanitarie) confluivano in una sezione del più generale Piano Socio Sanitario regionale. L'ultimo dei quali in ordine di tempo è il PIANO SOCIO SANITARIO 2019-2023, approvato con la LR n. 48 del 28 dicembre 2018. Considerando invece la pianificazione regionale settoriale appare opportuno ricordare i due Atti di programmazione triennale per il contrasto della povertà (2018-2020; 2021-2023) che hanno fornito l'occasione non solo per la declinazione regionale dei rispettivi Piani nazionali, ma anche per integrare anche gli interventi e i servizi specifici realizzati in Veneto, in particolare delle misure: Reddito di Inclusione Attiva (R.I.A.), Sostegno all'abitare (So.A.), Povertà educativa (P.E.) e Fondo nuove vulnerabilità. Si ricordano anche i piani regionali per la non autosufficienza adottati in attuazione dei piani nazionali per la non autosufficienza (2019-2021; 2022-2024).

A livello territoriale, il Piano di Zona, previsto fin alla LR 56/1994⁷⁵ e ridefinito all'art. 13 del LR 9/2024,

⁷⁵ La legge regionale n. 56 del 14 settembre 1994: "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione

ha rappresentato secondo tutte le Linee Guida che nel tempo si sono succedute^{76,72}, uno strumento pianificatorio dedicato quasi esclusivamente all'integrazione sociosanitaria. Tra le novità introdotte dalla nuova normativa emerge innanzitutto quello di riportare lo strumento pianificatorio nell'alveo della governance delle politiche sociali, approvato dal Comitato dei Sindaci di Ambito, mediante accordo di programma, previa consultazione della Rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale. Per quanto deciso sulle materie di integrazione socio-sanitaria, richiede un atto di intesa tra ATS e A.ULSS di riferimento e di un suo recepimento delle stesse nei Programmi delle Attività Territoriali (PAT). Inoltre, assicura la partecipazione di enti pubblici, ETS, delle formazioni sociali, delle comunità e delle parti sociali, nonché prevede che gli ATS, nel processo di costruzione del PdZ, possano avvalersi dei procedimenti di co-programmazione ai sensi dell'art. 55 del CTS.

L'assetto organizzativo del Servizio Sociale Professionale

Come già anticipato, la LR 9/2024, pur nel rispetto delle autonomie locali e delle forme di gestione associata adottate, individua alcune elementi caratterizzanti l'assetto organizzativo-amministrativo di cui deve dotarsi l'ATS:

- la presenza di un direttore con responsabilità tecnico-amministrativa, gestionale e contabile che attua gli indirizzi e gli obiettivi stabiliti dagli organi di governo dell'ATS;
- lo svolgimento di compiti in grado di fornire un supporto tecnico-metodologico e organizzativo per l'elaborazione, in base ad un'analisi dei bisogni, della pianificazione zonale e di altri atti programmatici afferenti alle politiche sociali (sottintendendo l'Ufficio di Piano oggi inquadrato nelle A.ULSS);
- l'erogazione, attraverso unità operative (secondo articolazioni funzionali, divisionali o di altre configurazioni organizzative da definirsi), di interventi e servizi sociali attribuiti alla competenza dell'ATS effettuando anche il monitoraggio e la valutazione della loro efficacia;
- la gestione e rendicontazione delle risorse finanziarie attribuite all'ATS, anche per soddisfare i debiti informativi nazionali e regionali;
- la gestione del personale di cui l'ATS è dotato.

Attualmente non esiste un unico sistema informativo del sociale a livello regionale; accanto a GePI utilizzato per gli interventi connessi ai beneficiari dell'AdI, negli ATS è impiegato anche SILS, Sistema Informativo Lavoro e Sociale, che permette agli operatori sociali accreditati di conoscere quanto gli utenti RIA e AdI abbiano usufruito di politiche attive del lavoro. Accanto ai precedenti, nei servizi sociali territoriali sono in uso altri gestionali. La consistenza numerica del Servizio Sociale Professionale negli ATS è piuttosto diversificata. Per quanto riguarda il contributo concesso agli ATS che presentano un rapporto di un assistente sociale assunto dall'amministrazione pubblica con contratto a tempo

del D.Lgs. n. 502/92" ha individuato, quale principale strumento di integrazione, il Piano di zona dei servizi sociali che viene elaborato ed approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio sanitaria coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio sanitario regionale.

⁷⁶ Le ultime in ordine temporale sono state pubblicate con la DGR n° 1312 del 25 ottobre 2022 che ha definito "Le linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona 2023-2025". In queste LG e in quelle delle due DGR precedenti, l'inserimento dell'area della povertà e inclusione sociale (rinominata poi solo area dell'inclusione sociale) ha in effetti ridato centralità ad interventi e servizi propri della funzione socio-assistenziale.

indeterminato ogni 6.500 abitanti si rileva che due ATS non riescono ad accedervi, mentre altri presentano un rapporto inferiore addirittura ad uno ogni 3.000 residenti.

In ogni caso, grazie ai contributi in parola, al Fondo Povertà e agli altri fondi disponibili, il numero di assistenti sociali complessivo a livello regionale è notevolmente aumentato dal 2020 al 2023, passando da 1.365 unità (corrispondenti a 1.130 FTE) a 1.597 unità (corrispondenti a 1.366 FTE). Ciò ha permesso di raggiungere il LEPS di un assistente sociale ogni 5mila abitanti a 18 su 21 ATS. Il rapporto regionale assistenti sociali a tempo indeterminato è invece 1:4.600 (Fonte: D.M. 125 del 26 luglio 2024)⁷⁷.

⁷⁷ Il calcolo è relativo alla totalità degli ATS (21) in quanto tutti hanno risposto alla rilevazione SIOSS.

Parte terza: fonti e riferimenti bibliografici

Riferimenti bibliografici

La bibliografia sullo sviluppo dei servizi sociali in Italia è ampia e non è compito di questo rapporto darne esaustiva rappresentazione. Di seguito si elencano alcuni testi che si sono rivelati utili alla stesura del rapporto, distaccando in due paragrafi specifici la bibliografia, ancora molto contenuta, che si è occupata specificatamente di gestione associata nei servizi sociali, quindi degli ATS, e, quella addirittura nascente, sul conseguimento dei LEPS.

Sui servizi sociali

Agnoletto S.,

2005 UN MODELLO DI WELFARE LOCALE. Storia dei Servizi sociali a Firenze: dalla nascita delle regioni alla società della salute. F. Angeli, Milano

Burgalassi M.,

2007 IL WELFARE DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN ITALIA. Franco Angeli, Milano

CNEL, OSSERVATORIO NAZIONALE SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

2024 RAPPORTO. I SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI 2024. Analisi della spesa dei comuni nel 2021, con confronto temporale e tra territori provinciali e Ambiti Territoriali Sociali (ATS)

Costa G. (a cura di),

2009 LA SOLIDARIETÀ FRAMMENTATA. Le leggi regionali sul welfare a confronto. Bruno Mondadori, Milano.

Gori C. (a cura di),

2004 LA RIFORMA DEI SERVIZI SOCIALI IN ITALIA. L'attuazione della legge 328 e le sfide future. Carocci, Roma.

IFEL – Fondazione ANCI

2024 SALUTE E TERRITORIO. I Servizi Socio-Sanitari dei Comuni Italiani. RAPPORTO 2025.

Fargion V.,

1997 GEOGRAFIA DELLA CITTADINANZA SOCIALE IN ITALIA. Il Mulino, Bologna.

Tangorra R.,

2015 Il welfare locale in Italia: nella morsa tra deficit storici e mancanza di disegno futuro, In RIVISTA DELE POLITICHE SOCIALI / ITALIANA JOURNAL OF SOCIAL POLICY, n° 1/2015; pp. 29-43.

Sugli ATS e sulla gestione associata dei servizi sociali

AA.VV.,

2003 Consorzi intercomunali per la gestione dei servizi sociali in Emilia Romagna, in AUTONOMIE LOCALI E SERVIZI SOCIALI, n. 3/2003.

Abburrà A., Migliaccio G.,

2003 Consorzi intercomunali per la gestione di servizi sociali in Piemonte, Autonomie locali e servizi sociali n. 3/2003.

ANCI,

2022 Gli Ambiti Territoriali Sociali e lo svolgimento della Funzione Fondamentale di 'Assistenza Sociale'.

Memoria ad uso interno, bozza 3, 7.3.2022; mimeo

D'Emilione, M., Giuliano, G., Ranieri, C., Tomei, G.,

2024, Dinamiche di sviluppo della pianificazione sociale: ruolo degli Ambiti Sociali Territoriali e nuove sfide, INAPP.

D'Emilione, M., Giuliano, G., Ranieri, C., Tomei, G.,

2024, Dinamiche di sviluppo della pianificazione sociale. Ruolo degli ambiti sociali territoriali e nuove sfide, Welforum.it.

Osservatorio nazionale sulle politiche sociali.

Di Blasio Carmine,

s/d LA GOVERNANCE DEGLI AMBITI SOCIALI IN CAMPANIA: perché è il momento di cambiare.

Edizioni Centro Culturale Arché, Nocera Inferiore (SA)

Fondazione E. Zancan,

2024 Monografia: Gli Ambiti Territoriali Sociali, in STUDI ZANCAN, Politiche e servizi alle persone, marzo/aprile, n° 2/2024

Gatti D., Rossi P. (a cura di),

2010 ESPERIENZE DI WELFARE LOCALE. LE AZIENDE SPECIALI E LA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI NEI COMUNI LOMBARDI, Maggioli Editore.

Giusepponi K. (a cura di),

2009 LA GESTIONE IN FORMA ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI: VALUTAZIONI DI CONVENIENZA E PROFILI ORGANIZZATIVI, eum Edizioni Università di Macerata

Guglielmi M.,

2005 Modalità di gestione dei servizi sociali in Friuli-Venezia Giulia: riflessioni su un percorso, In AUTONOMIE LOCALI E SERVIZI SOCIALI, n. 3/2005

INAP,

s/d DINAMICHE DI SVILUPPO DELLA PIANIFICAZIONE SOCIALE. Ruolo degli Ambiti Territoriali e nuove sfide. INAP Report, n° 47

Messina, P., Mura, B.,

2023 Verso un nuovo welfare territoriale integrato?: le potenzialità degli Ambiti Territoriali Sociali (Ats), in Economia e Società Regionale, 2/2023, Franco Angeli.

Nava L., Pomatto G.,

2020 La gestione associata dei servizi socio-assistenziali: piano, ma avanti. Il caso della Regione Piemonte, POLITICHE SOCIALI, Anno VII, n° 3/2020; pp. 397-418.

Paiano A,

2024 La gestione associata di funzioni comunali e il potere di estromissione di un ente, Rivista di Diritto ed Economia dei Comuni - N. 2/2024

Pesaresi F.,

2003 La gestione associata dei servizi sociali, in Appunti Politiche sociali, n° 3/2003; documento scaricabile al seguente indirizzo: www.grusol.it/informazioni/16-01-07.PDF

2013 Il Futuro delle aziende sociali dopo la Spending review, WELFARE OGGI, n° 5; pagg. 97 e segg.

Provincia di Milano. Direzione Centrale Cultura e Affari sociali,

2008 Linee guida per la gestione associata di interventi e servizi sociali. Provincia di Milano

Ranieri A.,

2024 La trasformazione degli Ambiti Territoriali Sociali: dalla nascita ad oggi, dal nazionale al locale. Tesi di laurea in Gestione delle politiche dei servizi sociali e multiculturalità.

Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Dipartimento di Economia, Società e Politica (DESP); AA 2023/2024.

Regione Marche,

2006 Linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali. DGR 551 del 15 maggio 2006

Scapin C., D'Eliso I.,

2003 La gestione integrata dei servizi socio-sanitari nelle ASL del Veneto e del Friuli Venezia Giulia, Autonomie locali e servizi sociali n. 3/2003.

Spano P.,

2024 Riflessioni a margine della recente legge regionale su assetto organizzativo e pianificatori degli interventi e servizi sociali, In Diritto della Regione, n° 1/2024, Consiglio Regionale del Veneto, pp. 123-137.

Vivaldi E.,

2009 "La gestione associata dei Servizi sociali: quale il ruolo delle Regioni?", In STUDI ZANCAN, N° 6/2009

Sul conseguimento dei LEPS

Ufficio Parlamentare di Bilancio (a cura di S. Gabriele e L. Minzyuk),

2023 L'attuazione del Livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale: il reclutamento degli assistenti sociali, Focus tematico n° 5, 18 dicembre 2023.

Fonti informative

- AGENAS, dati sui distretti sanitari
- ANCI, Indagine sui modelli organizzativi e sui sistemi informativi di gestione delle prestazioni sociali (2025)
- ISTAT, dati demografici (<https://demo.istat.it>)
- MLPS, Banche dati SIOSS, Decreti di riparto del contributo