

Gli Ambiti Territoriali Sociali in Veneto come opportunità d'innovazione per la governance dei servizi alla persona: il punto di vista dei professionisti del sociale nel caso padovano

Social Territorial Areas in Veneto Region as opportunities for innovation in the governance of social services the point of view of social work professionals in the Padua case

MORGANA GALARDI, LAURA CONTALBRIGO, MASSIMO ROMANO,
GIANFRANCO POZZOBON

DOI: 10.25430/pupj-RSLD-2025-1-2

Abstract. Negli ultimi anni il dibattito scientifico si è concentrato molto sulla necessità di innovare la governance dei servizi pubblici e in particolare sull'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari al fine di rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini fragili. Un'importante opportunità in tal senso è costituita dagli Ambiti Territoriali Sociali (Ats) quali contesti ideali per l'integrazione delle aree di intervento sulla persona. L'articolo descrive in dettaglio la situazione della Regione del Veneto che storicamente ha sviluppato forme di integrazione socio-sanitaria nell'erogazione dei servizi, analizzando la recente normativa regionale che regola gli Ats e focalizzandosi sulle possibili future implicazioni per il territorio. A tal fine, sono stati raccolti e analizzati i dati di 9 interviste semi-strutturate dirette a profili professionali che ricoprono ruoli decisionali di rilievo a livello locale, fornendo un quadro approfondito delle loro opinioni sull'opportunità di innovazione offerta dagli Ats.

Abstract. In recent years, there has been significant academic debate on the need for innovation in the management of public services and, in particular, on the integration of social and healthcare services in order to respond effectively to the needs of vulnerable citizens. An important opportunity in this sense is offered by the Social Territorial Areas (Sta) as a suitable context for integrating the different interventions for people's needs. The article describes in detail the situation in the Veneto Region, which has historically developed models of social and health integration in the provision of services, and analyses the recent regional legislation regulating the Sta, focusing on possible future implications for the territory. To this end, data were collected and analysed from 9 semi-structured interviews with professional profiles with important decision-making roles at a local level, providing an in-depth picture of their opinions on the opportunities for innovation offered by Sta.

Keywords: Ambiti Territoriali Sociali, governance, servizi alla persona, Regione del Veneto

1. Introduzione

Negli ultimi anni il dibattito scientifico si è concentrato molto sulla necessità di rivedere la *governance* dei servizi di welfare. È ormai noto che in tutta Europa il *Welfare State* tradizionale stia affrontando grandi difficoltà e che la società in generale viva una profonda crisi. Per combattere ciò è necessario un approccio più flessibile e una profonda innovazione da parte del settore pubblico (Eriksen, 2023; Sabel et al., 2024; Voorberg et al., 2017). È ormai accertata, infatti, l'incapacità dei modelli di erogazione di servizi standardizzati di adattarsi a territori diversi in questo settore; questi modelli di *welfare*, per quanto efficaci a certe condizioni, non sono tuttavia replicabili in contesti diversi rispetto a quelli in cui sono stati sviluppati. Per questo motivo è preferibile fare riferimento all'approccio dei modi di regolazione dello sviluppo¹ e alla pluralità di pratiche, correlate al tipo di capitale sociale e alla cultura degli attori locali e di governo locale.

Guardando alle diverse esperienze italiane, nel nostro Paese le logiche collaborative e di programmazione partecipata sono state giuridicamente codificate per la prima volta con la Legge n. 328 del 8 novembre 2000², ma hanno incontrato subito molti ostacoli di attuazione sia per le resistenze del sistema alla sperimentazione sia per la strutturale scarsità di fondi degli enti pubblici. La Legge 328/2000 nasce con l'intento di ridurre le disuguaglianze territoriali e garantire adeguati servizi sociali ai cittadini, riportando un coordinamento a livello centrale degli interventi e servizi sociali, ormai sempre più decentrati alle competenze di Regioni e Comuni.

La Legge 328/2000 supera il paradigma del puro assistenzialismo, affermando una logica di promozione. Essa si fonda infatti sul principio di sussidiarietà, verticale e orizzontale, istituendo un governo sovralocale responsabile della programmazione e determinando un coinvolgimento diretto di attori privati, principalmente Enti del Terzo Settore (Ets), per garantire l'offerta dei servizi e la definizione dettagliata degli interventi. L'opportunità di una gestione partecipata tra pubblico e privato, con particolare riferimento al Terzo Settore, è stata successivamente rinforzata dal Decreto legislativo

¹ L'approccio dei "modi di regolazione dello sviluppo" mette in evidenza le relazioni tra le tre forme di regolazione prevalenti, politica (Stato), economica (Mercato) e sociale (Comunità), che caratterizzano un dato contesto, storicamente e territorialmente definito. Ogni modo di regolazione è correlato a un modo di sviluppo. A differenza dei "modelli", che sono astorici e decontestualizzati e possono essere esportati da un contesto all'altro, i "modi" sono specifici di un dato contesto e richiedono l'adozione di un metodo di analisi proprio degli studi di caso di tipo weberiano (Messina, 2001, 2012).

² L. 328/2000 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

n. 117 del 3 luglio 2017³ per la cui attuazione tuttavia permangono varie difficoltà (Accorinti et al., 2022).

La Legge 328/2000 nasce con l'intento di modificare profondamente il *welfare* prevedendo la costruzione di una rete integrata di servizi e interventi che valorizzi pienamente il ruolo della comunità, in una prospettiva di piena integrazione sia con il settore sanitario sia con il Terzo Settore, che viene con questa normativa attivamente coinvolto nella progettazione e realizzazione degli interventi (Turco, 2020).

Nella pratica però le previsioni della Legge 328/2000 non hanno trovato piena applicazione, in parte per l'assenza di una chiara definizione di quali fossero i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (Leps) e in parte per i cambiamenti nel quadro giuridico generale, quale la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 che ha attribuito competenza esclusiva alle Regioni in materia di servizi sociali (Arlotti, Sabatinelli, 2020; Cibinel, 2020).

Le premesse evidenziano quindi un sistema di organizzazione del *welfare* territoriale i cui attori sia pubblici sia privati sono resistenti al cambiamento perché assoggettati a logiche di mercato che non premiano una visione eco-sistemica⁴ (che pone al centro la persona e la creazione di valore per la stessa) ma che si orientano al contrario alla parcellizzazione dei compiti e alla rigida categorizzazione delle condizioni dei soggetti fragili. Il ripensamento della *governance* dei servizi è quindi fondamentale per ampliare lo sguardo, cambiare la prospettiva e renderla più aderente alla realtà dei singoli territori (Euricse, 2023a). È necessario inoltre ricercare ciò che era sottinteso nella Legge 328/2000 e che è rimasto in molti casi inapplicato, ovvero: porre al centro la persona e ricercare attraverso l'Ambito Territoriale Sociale⁵ un maggior coordinamento delle politiche per aumentare le potenzialità del *welfare* territoriale e stimolare l'innovazione (D'Emilione et al., 2020; Turco, 2020).

L'innovazione dei servizi sanitari e sociali, infatti, necessita sempre più di un approccio integrato e orientato al concetto di *One Health*⁶, che tenga in considerazione tutti i fattori che influenzano l'accesso ai servizi, modificando la tradizionale organizzazione settoriale, che non è più rispondente ai bisogni dei cittadini (Carusi, Russo, 2024; Pellegrino, Rodeschini, 2024). In particolare, l'applicazione dell'approccio *One Health* può facilitare il cambio

³ D.Lgs 117/2017 - Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.

⁴ Ovvero cooperativa, inclusiva e relazionale.

⁵ Cfr. Legge 328/2000, articolo 8, comma a.

⁶ Con *One Health* si intende un approccio integrato che mira a bilanciare e ottimizzare in maniera sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi, poiché strettamente collegata e interdipendente (*World Health Organization*).

di paradigma fornendo alle autorità sanitarie un ruolo di regolamentazione basato su un adeguato controllo delle *performance* misurabili nella promozione del benessere della popolazione e nella trasparente allocazione delle risorse, come suggerito dalle linee guida della *World Health Organization* (Who) e dai *Sustainable Development Goals*⁷ elaborati dalle *United Nations*.

Per raggiungere questo obiettivo sono necessarie politiche coerenti in tutti i settori uscendo dal concetto che la salute delle persone sia affrontabile solo attraverso politiche strettamente sanitarie (Carusi, Russo, 2024). Dai primi anni 2000, la Who sottolinea il ruolo dei determinanti sociali della salute⁸ nell'influenzare le condizioni di salute dei cittadini e la loro aspettativa di vita. La condizione sociale e il suo impatto sulla salute sono ben documentati nei report dedicati; nonostante ciò le azioni messe in atto per garantire un equo diritto alla salute non sono state determinanti per migliorare la situazione, come la recente pandemia di Covid-19 ha evidenziato (Dentico, Missoni, 2021). L'approccio multisettoriale, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* inclusi quelli più svantaggiati, e l'acquisizione da parte dei professionisti sanitari di competenze sui determinanti sociali della salute sono considerate essenziali per attuare azioni concrete volte a promuovere equità e prevenzione (World Health Organization, 2023, 2024).

È evidente quindi che la risposta a bisogni individuali complessi non può che basarsi su un'efficace integrazione tra servizi sociali e sanitari. In Italia, le Regioni hanno intrapreso percorsi diversi per raggiungere questo obiettivo senza tuttavia riuscire a concretizzare un'integrazione socio-sanitaria sistemica, basata su reali strumenti di coordinamento, adeguata cultura organizzativa e conoscenza profonda delle risorse di comunità e territori (Di Nicola, Pavesi, 2012).

In letteratura le metodologie proposte per un'efficace innovazione dei servizi sono molteplici con un elemento ricorrente: la creazione di reti e la partecipazione di più attori nella programmazione e progettazione (Ganugi, Prandini, 2023; Nicoli, 2024). Le sfide sono state affrontate coerentemente con le culture organizzative preesistenti e conoscendo gli specifici fattori, sia avversi sia favorevoli (Ganugi, Prandini, 2023). Il *welfare* collaborativo non nasce spontaneamente, ed è profondamente condizionato dalle tradizio-

⁷ Cfr. i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile elaborati dalle Nazioni Unite nel 2015 con il fine ultimo di porre fine alla povertà, alla fame, alla discriminazione e proteggere il pianeta perché le persone possano vivere in pace e prosperità. Tali obiettivi sono integrati, quindi si influenzano a vicenda, e devono sempre essere considerati in equilibrio con sostenibilità sociale, economica e ambientale (United Nations, 2015).

⁸ Fattori non medici che influenzano la salute, ovvero le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono, invecchiano e tutto l'insieme più ampie forze che modellano le condizioni della vita quotidiana. Esempi sono: reddito, istruzione, condizioni di lavoro, ambiente, inclusione sociale (World Health Organization, 2023).

ni amministrative dei singoli territori e dai rapporti già in essere tra gli enti. Inoltre è importante analizzare anche l'attitudine al cambiamento all'interno delle istituzioni coinvolte (Euricse, 2023b).

I fattori menzionati delineano la complessità della *governance* dei servizi e tutte le variabili che possono influenzarne l'innovazione in senso collaborativo, sottolineando la necessità di concentrarsi sulle singole realtà in modo da poter comprendere le dinamiche operative e ragionare su risultati tangibili e sulla loro valutazione per procedere, passo dopo passo, con l'innovazione del *welfare* territoriale (Euricse, 2023c). Se l'inquadramento generale è valido per tutto il territorio italiano, le differenze tra regioni sono assai consistenti, la ricerca sul campo che proponiamo è perciò circoscritta a un dato contesto regionale, quello del Veneto, con un focus specifico sull'area padovana.

In sintesi, come emerge dalla letteratura analizzata, l'innovazione nel *welfare* territoriale rende evidente la necessità di praticare forme di *governance* incentrate su pianificazione e coordinamento degli interventi a livello esteso, considerando la comunità nel suo complesso, senza focalizzarsi esclusivamente sui soggetti con maggiori difficoltà, e cercando di individuare i punti di contatto tra i vari settori delle politiche territoriali. Un'opportunità per concretizzare questo diverso approccio è data dagli Ambiti Territoriali Sociali⁹ (Ats), quali contesti adeguati per un'integrazione dei diversi settori di intervento rivolti alla persona e in tale direzione è interessante il percorso intrapreso in Veneto che, per ragioni legate al suo specifico modo di regolazione dei servizi alla persona (Messina, Mura, 2023; Messina 2025), ha applicato questa direttiva solo a partire dal 2020.

2. Gli Ats come opportunità: il caso della Regione del Veneto

2.1. Gli Ats e i Leps

Gli Ambiti Territoriali Sociali (Ats), sono stati previsti dalla Legge quadro 328/2000 che, come si è detto, inserisce tra i principi per la programmazione dei servizi sociali la concertazione e la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali e gli altri enti presenti sul territorio. Lo strumento indicato a questo scopo è il Piano di Zona (Art. 19, L. n. 328 del 8 novembre 2000), tramite il

⁹ Gli Ats, previsti dalla L. 328/2000, vengono definiti nella DGR n. 1191 del 18 agosto 2020 della Regione del Veneto come "aggregazione di unità elementari di analisi rappresentate dai comuni" con ruolo di ricognizione dei bisogni in continua evoluzione. Il loro scopo è assicurare l'ottimizzazione delle risorse, provenienti dalle reti istituzionali e non istituzionali, e garantire l'integrazione tra politiche e interventi per l'inclusione sociale.

quale i comuni, associati in Ats e d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, devono, tra gli altri compiti, definire:

- obiettivi strategici, priorità di intervento, strumenti e mezzi di realizzazione;
- modalità organizzative dei servizi, risorse (finanziarie, strutturali e professionali) e requisiti di qualità;
- modalità per realizzare il coordinamento con altri organi dell'amministrazione statale;
- modalità di collaborazione con il privato sociale;
- concertazione con le aziende unità sanitarie locali.

Il Piano di Zona, strumento cardine della programmazione locale, è fondamentale per conoscere il territorio e i suoi bisogni e consentire di progettare e realizzare gli interventi più adeguati. Quindi, i comuni devono associarsi negli Ambiti intercomunali, per programmare e gestire in modo unitario servizi e interventi e il Piano di Zona è lo strumento utile a creare un modello di *governance* locale concertato (Bifulco, Centemeri, 2007).

Come previsto all'articolo 8 della 328/2000, tutte le Regioni hanno l'obbligo di istituire gli Ambiti Territoriali per favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali e questi devono coincidere con i distretti sanitari. Tale indicazione, tuttavia, non è stata attuata da tutte le Regioni con le stesse tempistiche e modalità. Laddove gli Ats sono stati costituiti è sovente rilevabile una difficoltà di relazione con l'area sanitaria, probabilmente imputabile alla strutturazione del Sistema Sanitario Nazionale, che nella teoria lascia spazio a visioni multidisciplinari e collaborative con il sociale, ma nella pratica è rigidamente ancorato a consuetudini settoriali (Mura, 2023).

Spetta invece allo Stato la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (Leps) che devono necessariamente essere garantiti e finanziati a livello nazionale, come lo sono i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) in ambito sanitario. È opportuno precisare che per le prestazioni sociali non sono mai stati emanati decreti ministeriali paragonabili a quelli dei Lea, per i quali è stabilito che vi siano aggiornamenti periodici tramite una Commissione nazionale dedicata, come previsto dall'articolo 1 – commi 556, 557 e 558 – della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015¹⁰. La sensibilità rispetto ai servizi sociali è comunque aumentata negli ultimi anni come rilevato dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (2021) a causa dell'incremento di condizioni di povertà nel nostro Paese e della maggiore attenzione posta sulla tematica a livello internazionale (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021).

¹⁰ L. 208/2015 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato.

Nelle Leggi di Bilancio del 2021 e 2022¹¹ è stata infatti definita una prima batteria di Leps: tra cui il rapporto minimo (1:5000) di assistenti sociali rispetto alla popolazione, da garantire a livello nazionale; i servizi domiciliari e di supporto e sollievo per gli anziani e le loro famiglie; i Punti Unici di Accesso, che devono essere istituiti dal servizio sanitario e dagli Ats nelle sedi delle Case della Comunità, per garantire l'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari alle persone non autosufficienti che in queste sedi vengono sottoposte ad una valutazione delle loro capacità bio-psico-sociali residue da un'équipe integrata (l'Unità di Valutazione Multi dimensionale) che dettaglia successivamente il Progetto di Assistenza Individuale Integrato.

Manca ancora tuttavia una definizione completa dei Leps che avrebbe dovuto essere redatta entro 18 mesi dalla pubblicazione della Legge di bilancio 2022.

2.2. Il caso della Regione del Veneto

La Giunta della Regione del Veneto, sulla spinta del Pnrr Missione 5 e Missione 6, con DGR n. 1191 del 18 agosto 2020¹² ha istituito 21 Ats, coincidenti con i distretti sanitari, ponendo la responsabilità in capo ad un comune capofila (tabella 1).

Tuttavia è solo con la L.R. n. 9 del 4 aprile 2024¹³ che viene previsto un assetto stabile e definito giuridicamente per gli Ats per renderli idonei a gestire i crescenti compiti attribuiti dallo Stato, tra cui la gestione delle azioni previste dalla Missione 5 (inclusione e coesione) del Pnrr e la responsabilità nell'erogazione dei Leps¹⁴.

In effetti il Pnrr, con riferimento alla L. 328/2000, prevede un significativo rafforzamento dei servizi sociali territoriali e la loro integrazione con la componente sanitaria (Missione 6 - Salute), obiettivi questi perseguibili solo con un potenziamento dell'offerta dei servizi sociali tramite gli Ats.

La Regione del Veneto si è da sempre distinta per la sua ricerca dell'integrazione socio-sanitaria, fin dalla prima metà degli anni Settanta con la creazione dei consorzi sociosanitari e la successiva attribuzione della seconda "S" alle Unità locali socio-sanitarie (Ulss)¹⁵, una scelta confermata sia dalla rifor-

¹¹ L. 178/2020 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023; L. 234/2021 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

¹² DGR 1191/2020 - Definizione degli Ambiti Territoriali Sociali. L. n. 328/2000 e D.lgs. n. 147/2017.

¹³ L.R. 09/2024 - Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali.

¹⁴ L. 234/2021 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.

¹⁵ L.R. 55/1982 - Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale.

ma del 1994¹⁶, sia dalla più recente riforma del 2016¹⁷ che ha aziendalizzato la sanità veneta, trasformando le Ulss in Aziende (Aulss)¹⁸. Questa caratteristica peculiare risulta di fondamentale importanza per comprendere anche il ritardo nell'applicazione della L. 328/2000. Ad oggi restano comunque irrisolte alcune criticità per una *governance* integrata tra i comuni e le Aziende Ulss. L'aziendalizzazione delle Ulss in parte introdotta dalla L.r. 56/1994, in attuazione del D.lgs. 502/1992¹⁹ e ss. mm., ha costituito un primo cambiamento in relazione alla natura delle Ulss che avevano subito una trasformazione da consorzio di comuni ad ente strumentale della Regione. In questo contesto l'integrazione sociosanitaria è stata generalmente risolta con la delega dei comuni della funzione sociale alle Ulss. La riforma del 2016 che ha accorpato in modo significativo le Ulss su basi provinciali (passando da 21 a 9) e i distretti sanitari, da 36 a 21, facendoli coincidere ora con le vecchie Ulss, oltre a creare territori troppo vasti per una gestione condivisa delle politiche sociali e sociosanitarie, rende più complicata da prassi amministrativa della delega dei Comuni alla Aulss, ancora di più con l'istituzione degli Ats.

La L.R. 9/2024 sugli Ats obbliga infatti anche a ripensare le dinamiche esistenti tra Aussl e Comuni in forma associata, incentivando una gestione unitaria dei servizi sociali e socio-sanitari, e valorizzando al meglio le risorse disponibili per rispondere ai bisogni dei cittadini (Pozzobon, 2021).

Nel dettaglio, la L.R. 9/24 valorizza i processi partecipati e l'integrazione con altri settori (sanitario, educativo, formativo ecc.) come mezzo per garantire pianificazione e programmazione rispondenti al contesto territoriale (art. 1). All'articolo 4, si sottolinea la funzione della Regione nella definizione di politiche integrate tra i diversi settori, coinvolgendo tutti i soggetti interessati e costruendo un confronto continuo tramite processi partecipativi. La Regione ha inoltre il compito di promuovere la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori per accrescere le loro competenze, tenendo in considerazione le esigenze di integrazione tra i diversi professionisti.

L'articolo 5 dettaglia le funzioni dei Comuni citando la promozione dell'innovazione e della generatività sociale e si sottolinea come debbano concorrere a vario titolo con le Aussl (art. 6) all'attuazione dei Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali (Leps) e alla predisposizione dei Piani di Zona.

¹⁶ L.R. 56/1994 - Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale.

¹⁷ L.R. 19/2016 - Istituzione dell'ente di *governance* della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss.

¹⁸ Cfr. <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/origini-e-storia>.

¹⁹ D.lgs. 502/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Tabella 1 - Ats del Veneto.

Denominazione Ats	Numero Comuni
VEN_01 – Belluno	46
VEN_02 – Feltre	14
VEN_03 – Bassano del Grappa - Asiago	23
VEN_04 – Thiene	32
VEN_05 – Arzignano	22
VEN_06 – Vicenza	36
VEN_07 – Conegliano	28
VEN_08 – Asolo	29
VEN_09 – Treviso	37
VEN_10 – Portogruaro	21
VEN_12 – Venezia	3
VEN_13 – Mira	17
VEN_14 – Chioggia	3
VEN_15 – Federazione dei Comuni del Camp.	28
VEN_17 – Este	43
VEN_18 – Lendinara	41
VEN_19 – Adria	10
VEN_21 – Legnago	25
VEN_22 – Sona	37
VEN_23 – Padova	5
VEN_24 – Pratiarcati - Saccisica	13
VEN_25 – Terme Colli	11
VEN_26 – Verona	10
VEN_27 – Est Veronese	26
Totale Comuni	560
Popolazione residente (<i>demo.istat 01.01.2025</i>)	4.851.851

Fonte: <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/Ambiti-Territoriali-del-SIUSS> e integrazioni successive

I Comuni sono i titolari della funzione socio-assistenziale e hanno il compito di rilevare, analizzare e valutare i bisogni, di attivare i Punti Unici di Accesso e di gestire le risorse a disposizione attraverso la forma associata dell'Ats quale forma organizzativa. Le forme giuridiche previste dalla legge sono quelle indicate nel Testo Unico Enti Locali²⁰ con una preferenza, espressa dalla Regione Veneto verso l'azienda speciale consortile non economica per l'erogazione degli interventi e dei servizi sociali. Le Aulss, cui spetta l'erogazione delle prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, possono gestire le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria formalmente delegate dagli Ats. Tuttavia, titolari responsabili dei Leps sono ora gli Ats, pertanto la relazione tra Aussl e Ats resta ancora tutta da definire, ancora di più in assenza di una definizione completa dei Leps sociosanitari.

Per quanto riguarda gli Enti del Terzo Settore, come previsto dalla Legge 328/2000, la legge regionale applica il principio di sussidiarietà stabilendo all'articolo 7 che essi partecipino attivamente al sistema integrato di servizi sociali estendendo tuttavia la partecipazione anche a società benefit e profit socialmente responsabili o dotate di *welfare* aziendale.

La Legge regionale dettaglia quindi i compiti e la struttura organizzativa degli Ats (art. 9 e 10) e del Comitato dei Sindaci di Ambito (art. 11), organo assembleare composto da tutti i sindaci dei comuni compresi nell'Ats coadiuvati dal direttore dei servizi socio-sanitari dell'Aussl e dal direttore dell'Ats, i quali partecipano alle sedute senza diritto di voto.

La programmazione viene gestita su più livelli ovvero attraverso il Piano Regionale degli Interventi e dei Servizi Sociali (art. 12), il Piano di Zona (art. 13) e le reti per la gestione associata e l'inclusione sociale (artt. 14 e 15).

Il primo, di durata triennale, determina le linee di programmazione sociale quale attuazione e integrazione del Piano nazionale, individuando forme di collaborazione tra i diversi livelli di *governance*, per realizzare gli obiettivi previsti. Il Piano di Zona, anch'esso di durata triennale, prevede, in coerenza con il Piano Regionale, una sezione dedicata alle azioni di integrazione socio-sanitaria decise in intesa tra Ats e Aulss. Il Piano di Zona deve essere approvato dal Comitato dei Sindaci di Ambito (previa consultazione della rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale) e sottoscritto da tutti i sindaci e dal Direttore Generale dell'Aulss.

Per quanto riguarda le reti, quella regionale ha ruolo di organismo di partecipazione e confronto tra gli Ats, è composta da 2 assessori regionali con competenze su sociale e *welfare*, dai presidenti dei Comitati dei Sindaci, dai

²⁰ D.lgs. 267/2000 - Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali.

direttori degli Ats, dai direttori generali delle Aulss e, come invitati, dai presidenti di Anci regionale e 3 rappresentanti degli Enti del Terzo Settore.

Infine, all'articolo 18 si elencano i provvedimenti che la Giunta adotterà (entro sei mesi dall'entrata in vigore) per permettere l'attuazione di alcuni articoli della legge: a) le indicazioni per la costruzione e l'avvio degli Ats; b) gli schemi per il Comitato dei Sindaci di Ambito e per i protocolli di intesa; c) le modalità di costituzione e funzionamento della Rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale; d) l'esercizio delle funzioni delegate alle Aulss e la disciplina per la modalità di formazione dell'elenco regionale dei direttori.

La L.r. 9/2024 rappresenta un profondo mutamento che impatterà in modo significativo sull'operatività dei servizi sociali e socio-sanitari. Già durante l'iter legislativo, il disegno di legge era stato oggetto di discussione a livello territoriale (Capelli, 2022; Gallo, 2023; Mura, 2023) e sono stati organizzati sul territorio eventi di confronto con alcune categorie di *stakeholder*²¹.

Questo studio pilota si colloca quindi nella cornice normativa della L.r. 9/2024 in una fase in cui l'assetto organizzativo degli Ats e la nuova *governance* dei servizi devono ancora concretizzarsi, e ha l'obiettivo di offrire un ulteriore approfondimento sulla percezione dei professionisti che saranno gli artefici del cambiamento.

3. Metodologia

Lo studio è stato condotto con l'obiettivo di rilevare la percezione di professionisti che saranno direttamente coinvolti nell'applicazione della L.r. 9/2024 (Casson, 2025) approfondendo i punti di forza e le criticità da essi rilevati nel medio-lungo periodo per la trasformazione dei servizi esistenti e la valorizzazione della nuova dimensione degli Ats a garanzia di una maggiore integrazione ed efficacia delle pratiche erogate sul territorio.

È importante conoscere attraverso l'opinione di attori chiave operanti nell'ambito socio-sanitario regionale, come si costituiranno e quale sarà la *governance* delle reti necessarie per sostenere realmente “[...] la centralità, lo sviluppo, il benessere, l’empowerment della persona, della famiglia e della comunità riconoscendo il diritto ad una vita dignitosa attraverso politiche di prevenzione, prossimità, protezione e promozione dei diritti e dei doveri di cittadinanza sociale, assicura l’autonomia individuale, le pari opportunità, la non discriminazione, la coesione sociale, l’eliminazione e la riduzione delle

²¹ Cfr. <https://www.venetolab.org/cantiere-welfare/>; e <https://assistentisociali.veneto.it/9497/manifesto-per-lo-sviluppo-equivo-e-generativo-del-nuovo-sistema-dei-servizi-sociali-e-degli-ats/>.

condizioni di disagio e di esclusione, derivanti da inadeguatezza di reddito e condizioni di vulnerabilità e fragilità sociali.” (Art. 1, L.r. n. 9 del 4 aprile 2024).

Al fine di ottenere informazioni coerenti e mirate per questa indagine, l'area territoriale per l'individuazione degli intervistati è stata prevalentemente quella coincidente con l'Azienda Ulss 6 Euganea in Provincia di Padova (che ad oggi comprende cinque Ats) dettagliati graficamente in Figura 1 e per la consistenza della popolazione in Tabella 2.

Figura 1 - Ats della Provincia di Padova.



Fonte: rielaborazione degli autori su grafica Aulss 6 Euganea

Tabella 2. *Ats della Provincia di Padova*

Denominazione Ats	Distretto Aulss 6 corrispondente	Numero Comuni	Numero residenti
Ven_15 – Federazione dei Comuni del Camposampierese	Distretto 4 Alta Padovana	28	258.426
Ven_17 – Este	Distretto 5 Padova Sud	43	176.591
Ven_23 – Padova	Distretto 1 Padova Bacchiglione	5	256.225
Ven_24 – Patriarcati - Saccisica	Distretto 3 Padova-Piovese	13	120.281
Ven_25 – Terme Colli	Distretto 2 Terme Colli	11	118.855
TOTALE		100	930.378

Fonte: elaborazione degli autori su dati demo.istat al 01/01/2025

Sono state selezionati 13 testimoni privilegiati che, per attività professionale svolta, formazione, conoscenza della tematica, sono in grado di fornire un'opinione competente a riguardo. I soggetti individuati includono appartenenti a enti locali territoriali, Aulss, ordini professionali, fondazioni di comunità, Anci e sono elencati in Tabella 3.

È stata elaborata una traccia di intervista semi-strutturata, suddivisa in 6 domande a risposta aperta, sottoposta telefonicamente agli intervistati dopo appuntamento fissato via mail. Tutti gli intervistati hanno firmato il loro consenso alla partecipazione e compilato un'informativa sulla *privacy* dedicata, garantendo che le informazioni e le opinioni raccolte venissero utilizzate solo in forma aggregata. Durante le interviste, le risposte ai quesiti sono state trascritte accuratamente e, successivamente, è stata svolta un'analisi qualitativa complessiva di quanto emerso da ogni domanda sottoposta.

La scelta di restringere l'indagine al territorio di un'unica Aulss è stata effettuata considerando le forti differenze presenti nei diversi contesti territoriali regionali, al fine di raccogliere risposte il più possibile confrontabili, caratterizzanti un contesto territoriale circoscritto, ritenuto tendenzialmente omogeneo. Da mettere in evidenza che al momento delle interviste la creazione degli Ats Ven_24 Patriarcati-Saccisica e Ven_25 Terme Colli, separati dall'Ats Ven_23 di Padova era stata accolta positivamente dalla Regione ma non ancora ufficializzata con una delibera dedicata.

Tabella 3 - Elenco testimoni privilegiati secondo l'ordine di somministrazione dell'intervista.

Intervistato/a	Ruolo	Ente di appartenenza
Luciano Gallo	Direttore	Fondazione di Comunità della Saccisica
Mirella Zambello	Presidente	Ordine Assistenti Sociali del Veneto
Daniela Salvato	Responsabile Ufficio di Piano e U.O. Complessa Sociale	Aulss 6 Euganea
Maria Rosa Pavanello	Vice Presidente Vicario	Anci Veneto
Sara Bertoldo	Capo Settore Servizi Sociali	Comune di Padova
Anna Maria Giacomelli	Dirigente Amministrativa e Coordinatrice	Federazione dei Comuni del Camposampierese
Davide Gianella	Vice Sindaco ed Ex Presidente Comitato dei Sindaci Distretto 3	Comune di Piove di Sacco
Moreno Giacomazzi	Presidente Comitato dei Sindaci Distretto 4, Presidente della Conferenza dei Sindaci Ulss6	Comune di Santa Giustina in Colle
Stefano Vianello	Direttore Servizi Socio Sanitari	Aulss 6 Euganea

Fonte: elaborazione degli autori

4. Risultati

Le 9 interviste sono state realizzate nel periodo 26 luglio 2024 - 15 ottobre 2024, i risultati ottenuti dalle risposte degli intervistati sono riportati in forma aggregata e suddivisi per domanda, garantendo così l'anonimato.

4.1. Influenza nel prossimo futuro della normativa regionale sugli Ats sul lavoro dell'intervistato

Tutti gli intervistati ritengono che l'influenza degli Ats sarà importante sull'organizzazione dei servizi territoriali. Essa avrà ricadute sull'attività

ordinaria dei singoli professionisti, poiché sarà necessario ripensare radicalmente la gestione dei servizi sociali, ma in modo diverso, considerando sia l'attuale organizzazione territoriale (ad esempio quali e quante attività sociali sono ad oggi delegate all'Aulss dai comuni) sia la futura gestione degli Ats. Viene evidenziato il fatto che l'Ats, a seconda della forma giuridica che si deciderà di adottare, potrà estendere le sue competenze anche oltre il sociale e diventare spazio di programmazione di politiche territoriali diverse. Questo è un aspetto che dovrebbe essere chiarito ai portatori di interesse, visto che non tutti ne hanno la piena consapevolezza.

La cosa che desta più preoccupazione nella maggior parte degli intervistati è la fase attuativa, specialmente per chi opera nelle amministrazioni locali. In relazione a ciò, una criticità riscontrata da molti intervistati è la vastità territoriale e di popolazione che in media avranno gli Ats, anche se in apparenza la dimensione ampia può dare dei vantaggi per l'attuazione di economie di scala. Questa difficoltà è già emersa secondo gli intervistati con gli Ambiti in essere ad oggi, che hanno compiti specifici per il sociale, ma non ancora personalità giuridica.

Alcuni sottolineano inoltre che in Veneto i comuni hanno una forte spinta identitaria che può rappresentare un ostacolo per la collaborazione necessaria per il corretto funzionamento degli Ats.

Inoltre, più intervistati hanno evidenziato come attualmente non siano chiare quali competenze ricadono sulle Aziende Ulss e quali sui servizi comunali, anche se esiste una buona comunicazione e collaborazione nell'elaborazione del Piano di Zona. Esso tuttavia si limita principalmente ai servizi socio-sanitari e non riguarda i servizi esclusivamente sociali.

Chi opera nel servizio sanitario ha in generale un'aspettativa positiva, perché l'Ats rappresenterà un interlocutore sociale forte sul territorio, riunendo in sé molti comuni che invece, in questo momento, si trovano a trattare con le Aulss per la maggior parte singolarmente. C'è invece meno fiducia nelle capacità e competenze di alcune amministrazioni locali, specialmente le più piccole.

Un ulteriore tema emerso riguarda la gestione difforme sul territorio degli uffici di Ambito nel periodo che ha preceduto l'emanazione della L.r. 9/2024. Da questa gestione si può vedere come alcune aree abbiano già colto l'opportunità di rinnovare la propria organizzazione con una visione di lungo periodo e quindi oggi appaiano, dalle opinioni degli intervistati, come territori pronti al cambiamento e fiduciosi nella nuova legge, anche se non immuni da possibili difficoltà iniziali nell'applicazione.

Molti intervistati sottolineano come aspetto positivo il fatto che gli Ats, una volta ottenuta una loro personalità giuridica, potranno essere più indipendenti dalla politica (che avrà principalmente il ruolo di riportare i bisogni

dei propri cittadini) e più focalizzati su decisioni tecniche, ciò renderà più snella sia la progettazione sia l'erogazione dei servizi, con un beneficio per i territori.

Nessuno degli intervistati sottovaluta le difficoltà e le sfide che si potranno incontrare nella messa in opera degli Ats e tutti ritengono che, essendo una fase di passaggio delicata, sarà sicuramente necessario un accompagnamento da parte della Regione. Un intervistato riporta che, al momento, ci sono stati degli eventi di informazione organizzati nelle varie Aziende Ulss per illustrare in breve la L.r. 9/2024 e comprendere le opinioni di dirigenti sanitari e amministratori locali.

L'accompagnamento regionale vale specialmente per gli amministratori locali neoeletti, che non hanno vissuto la fase precedente all'approvazione della Legge regionale. I tecnici, invece, hanno avuto più possibilità di partecipare al processo e in questo momento sono più preparati, in alcuni casi con bozze di documenti utili già pronte per l'avvio degli Ats e in attesa solo dei decreti attuativi per procedere alla discussione con la parte politica dei loro territori.

Un intervistato ha evidenziato come il protagonismo dei comuni sarà fondamentale in quanto essi sono i titolari del sociale e, se non saranno in grado di gestire il cambiamento (che comporterà la trasformazione dall'applicazione di logiche locali all'applicazione di logiche territoriali attraverso la gestione associata), la riforma non potrà avere successo.

Secondo gli intervistati, uno degli elementi favorevoli è l'opportunità di prendere spunto da altri territori per buone pratiche ed errori evitabili, visto che la Regione del Veneto è l'ultima regione italiana ad aver introdotto gli Ats. Un esempio è la questione della dimensione demografica degli Ats: nel resto d'Italia è di circa 100mila persone per Ambito²², mentre i 24 Ats del Veneto hanno una media di circa 200mila abitanti. Ambiti troppo ampi e popolati non consentono di garantire il principio di prossimità che è richiesto per garantire i Leps in una logica di *welfare* territoriale: questa considerazione ha portato, ad esempio, alla richiesta di articolare gli Ats di Padova in tre, e quello di Verona in due. Le richieste, motivate da ragioni di dimensioni demografiche adeguate, sono state accolte positivamente dalla Regione, portando alla decisione di aumentare il numero degli Ats dai 21 inizialmente previsti a 24.

Un elemento critico emerso più volte è invece la presenza, in più della metà dei casi, di comuni di dimensioni molto piccole (sotto i 5mila abitanti) o

²² Cfr. <https://www.venetolab.org/cantiere-welfare/>; <https://assistentisociali.veneto.it/9497/manifesto-per-lo-sviluppo-equo-e-generativo-del-nuovo-sistema-dei-servizi-sociali-e-degli-ats/>.

medio piccole (sotto i 20mila) che, per le loro caratteristiche, saranno inevitabilmente in difficoltà rispetto ai comuni più grandi, con più soldi e più risorse per affrontare il cambiamento. I rischi in questi contesti sono maggiori rispetto ai comuni grandi e ai capoluoghi. Gli intervistati ritengono fondamentale considerare queste disomogeneità e stabilire regole per rendere le gestioni uniformi.

È stato rimarcato più volte e trasversalmente che la nuova organizzazione degli Ats non dovrà in alcun modo compromettere l'integrazione socio-sanitaria che caratterizza il Veneto, con la peculiarità della presa in carico, ma anzi dovrà essere un modo per rafforzarla dove nel tempo si è indebolita e garantire effettivamente un servizio socio-sanitario unico e omogeneo.

4.2. Efficacia nell'individuazione e soddisfacimento dei bisogni della popolazione dopo la messa in opera degli Ats

La capacità di individuare e soddisfare al meglio i fabbisogni sarà propriamente una sfida degli Ats, poiché essi devono portare all'applicazione pratica dei valori di equità e giustizia sociale nei territori di loro competenza, portando ad un'omogeneità di offerta di servizi. Tutto ciò senza perdere le buone prassi già attivate negli anni. Questo metterà sicuramente in difficoltà i comuni più piccoli che hanno meno risorse umane e finora hanno contare sul supporto di comuni capofila di maggiori dimensioni, per questo la gestione in forma associata intercomunale obbligatoria degli Ats costituisce una modalità organizzativa di grande rilevanza.

Secondo gli intervistati, il risultato dipenderà dai professionisti operativamente coinvolti e in particolar modo dal direttore dell'Ats che dovrà essere in grado, non solo di conoscere bene la norma e applicarla, ma anche di avere competenze relazionali e manageriali per gestire le diverse funzioni che l'Ats può ricoprire e i coordinamenti che questo implica, in modo da dare un contributo significativo allo sviluppo locale.

Potrà essere un vantaggio il fatto che l'Ats avrà una sua autonomia giuridica, potrà assumere dei dipendenti e i comuni che ne fanno parte potranno anche decidere di investire risorse specifiche in progettualità mirate.

Uno degli elementi identificati come critici è la possibilità che i comuni gestiscano in forma associata solo i servizi relativi ai Leps, adottando invece approcci differenziati per quanto riguarda i servizi che esulano da essi, aumentando le disomogeneità nell'offerta sociale all'interno dello stesso Ambiente. Su questo fronte si deve anche combattere il pregiudizio diffuso tra alcuni amministratori che la creazione di un nuovo soggetto giuridico allontani dai bisogni del territorio e comprendere che andrà rivista la *governance* per

adattarsi al cambiamento, rivedendo anche le collaborazioni che sono già in essere.

Sarà quindi fondamentale la capacità dei professionisti già presenti, e di quelli che verranno assunti nel futuro direttamente dagli Ats, di garantire un capillare presidio dei territori per rispondere veramente ai bisogni con le risorse più adeguate e vicine. Se ciò non dovesse avvenire, i territori, invece di essere protagonisti, subiranno i cambiamenti e la riforma degli Ats sarà un fallimento.

Un'azione che aiuterebbe in questo senso sarebbe il mantenere gli sportelli nei comuni in modo che ci sia una presenza capillare e si possa garantire che anche i comuni più piccoli possano avere gli stessi servizi degli altri, portando quindi un beneficio ai cittadini. Un intervistato in particolare ha connesso il tema degli Ats a quello dei Punti Unici di Accesso, sottolineando come essi andrebbero implementati di pari passo, per rispondere ancora meglio ai bisogni complessi dei cittadini. Inoltre, un valido aiuto può arrivare dai sistemi informativi della sanità digitale che facilitano il lavoro di rete tra i diversi operatori.

Nei vari territori, per raggiungere gli obiettivi di adeguatezza e omogeneità di servizio degli Ats, servirà un coinvolgimento di tutti gli operatori e una forte sinergia tra i diversi soggetti, con gli amministratori locali come parte attiva. Dovranno essere chiariti i rapporti tra Aulss e comuni in modo da non avere una presa in carico frammentata, nel rispetto del principio di integrazione socio-sanitaria che contraddistingue il modello regionale fin dagli anni Settanta.

Infine, è necessaria anche una piena consapevolezza di tutti delle opportunità economiche che gli Ats consentiranno in ragione dei crescenti finanziamenti nazionali ed europei dedicati che confluiranno obbligatoriamente negli stessi.

4.3. Modalità di collaborazione e coordinamento tra i soggetti istituzionali ed eventuali problematiche

Alcuni intervistati sottolineano che gli Ats, anche se non hanno ancora forma giuridica, hanno già iniziato ad operare negli ultimi anni con alcune competenze (come i Piani povertà) e questo ha fatto sì che per tali tematiche si siano attivati dei coordinamenti che costituiscono oggi una base per il futuro. Inoltre, vengono citate collaborazioni consolidate da tempo, come quelle tra assistenti sociali di Aulss e Comuni, che hanno portato ad un miglioramento della qualità del servizio. L'auspicio è che le esperienze positive possano essere condivise sotto forma di buone prassi e si mantenga il dialogo presente migliorandolo.

Viene inoltre sottolineato che con l'istituzione degli Ats diminuirà il numero di interlocutori per le Aulss, rendendo la condivisione di informazioni chiave più semplice, purché negli Ats le informazioni siano totalmente condivise tra i comuni.

L'attiva partecipazione degli operatori nella definizione dei processi è percepita come necessaria per evitare la gestione verticistica che impoverirebbe l'Ambito e creerebbe resistenze. In tal senso, uno degli intervistati ha ipotizzato il potenziamento del Noa (Nucleo Operativo di Ambito), comitato tecnico istituito a supporto del fondo di contrasto alla povertà, per far sì che possa avere anche la funzione di organo consultivo degli Ats. Questa è una possibile strategia per favorire la condivisione e la partecipazione necessarie tra direttore dell'Ats, coordinatori degli assistenti sociali del territorio, sindaci e assessori dei comuni.

Più intervistati sottolineano come le grandi dimensioni di alcuni Ats rischiano di compromettere la prossimità che oggi i singoli comuni riescono a garantire nell'esercitare le funzioni del sociale. Su questo punto è stata espressa l'opinione che l'obbligo di avere un direttore può ridurre il rischio, poiché, in quanto figura strategica, potrà gestire i rapporti con le Aulss e con i propri operatori per mantenere un elevato livello di collaborazione e coordinamento. Il direttore non dovrà quindi possedere solo competenze tecniche, ma anche relazionali, all'altezza di questo compito.

Tra gli intervistati c'è chi ritiene che non sia chiaro come gli Ats potranno interloquire con le Aziende Ulss e ritiene necessario creare una linea di indirizzo coordinata a livello regionale, condivisa con l'Anci e la conferenza socio-sanitaria permanente, per accompagnare ogni territorio nel processo di attuazione della Legge.

Una delle criticità evidenziate dagli intervistati è la costruzione dei Piani di Zona la cui competenza oggi riguarda le Aulss, ma che passerà agli Ats che non saranno nel breve periodo in possesso delle competenze necessarie.

Da non sottovalutare, inoltre, i costi del nuovo apparato degli Ats: per i comuni la spesa sociale è classificata come spesa corrente sulla quale il patto di stabilità non permette indebitamento, di conseguenza le risorse devono essere individuate o attraverso un incremento delle entrate o attraverso tagli alla spesa in altri settori.

Infine, gli intervistati ritengono che sia indispensabile l'istituzione di un Tavolo regionale permanente per garantire che la transizione agli Ats si svolga in modo omogeneo e con il coinvolgimento di tutti gli attori (es. conferenze dei sindaci, assistenti sociali, Parti Sociali) attuando un'attività di confronto e monitoraggio, visto che le soluzioni organizzative in atto sono attualmente molto diverse l'una dall'altra.

In sintesi, la legge regionale fornisce una cornice a cui vanno apportati contenuti strategici che devono scaturire da un percorso condiviso e guidato dalla Regione per potersi tradurre in realtà operativa.

4.4. Presenza di competenze e procedure per gestire in maniera associata i servizi garantendo uno standard qualitativo omogeneo

La maggior parte degli intervistati non ritiene che ad ora ci siano le competenze e le procedure per gestire i servizi garantendo uno standard omogeneo a livello regionale. Laddove i comuni hanno già maturato esperienza come capofila, sono già presenti procedure standardizzate e il personale è in possesso delle competenze necessarie, tuttavia tali competenze non devono essere disperse e quindi sarebbe auspicabile che tali profili professionali operassero direttamente per gli Ats.

Molto più complesso è il quadro che si delinea per i piccoli comuni e per chi si cimenterà *ex novo*. È quindi indispensabile attivare una formazione specifica, che abbia per destinatari tutti i soggetti coinvolti (operatori, dirigenti e amministratori), per guidare il cambiamento e creare le figure necessarie al funzionamento degli Ats. La formazione dovrà necessariamente essere organizzata e finanziata dalla Regione, soprattutto nell'ottica di voler favorire l'avvio delle aziende speciali consortili individuate dalla Legge come forma giuridica da preferirsi.

Uno degli intervistati sottolinea un punto di forza nelle esperienze già esistenti di coordinamento tra gli assistenti sociali delle Aziende Ulss e i colleghi dei comuni, con un coinvolgimento periodico degli amministratori, anche se adesso è necessario ripensare le modalità d'integrazione senza perdere le buone pratiche.

Gli intervistati concordano sul fatto che in alcuni territori ci sono evidenti difficoltà non superabili in assenza di un percorso di accompagnamento mirato che permetta la costruzione di idonee competenze per sostenere il cambiamento richiesto, altrimenti il risultato inevitabile sarà l'aumento delle disuguaglianze tra gli Ats con un aumento delle criticità in quegli Ambiti che già si trovano in difficoltà attualmente e un impatto negativo sulla possibilità per i cittadini di usufruire dei servizi. I regolamenti interni e gli investimenti economici nel sociale sono attualmente molto diversi da territorio a territorio, così come le procedure di accesso ai servizi la cui equità è spesso un punto critico. Il processo di omogeneizzazione necessario a costruire un sistema solido passa quindi attraverso un accompagnamento che implica la rinuncia, da parte dei singoli comuni, di parte della loro autonomia. Questo processo non è scontato e dovrà avvenire in modo graduale una volta che saranno approvati i decreti attuativi.

4.5. *Necessità di campagne informative dedicate al ruolo degli Ats*

Le risposte riguardanti eventuali campagne informative sono state molto varie. La maggior parte degli intervistati ritiene che i cittadini siano interessati solo all'efficienza dei servizi, alla facilità di fruizione e reperimento delle informazioni, indipendentemente dall'ente che eroga il singolo servizio.

In questo contesto viene citato il Punto Unico di Accesso e anche la DGR 721/2023 relativa all'assetto organizzativo e operativo della rete assistenziale territoriale. Essi vanno implementati contestualmente all'avvio dell'Ats, garantendo alla popolazione informazioni complete, coordinate e chiare sui servizi. Sarà fondamentale mantenere la prossimità del servizio; dove questo non sarà possibile servirà rendere chiara la modalità di accesso, comprese anche le novità connesse all'utilizzo del Nea - *Numero Unico Europeo Armonizzato* 116117 per le cure mediche non urgenti²³ e ad altri servizi territoriali a bassa intensità/priorità di cura.

Una capillare informazione al cittadino sarà quindi necessaria quando l'Ats sarà in opera, principalmente per comunicare eventuali cambiamenti nei servizi o nella loro modalità di erogazione.

Viene invece ritenuto fondamentale in questa fase che portatori di interesse, come gli Enti del Terzo Settore e gli amministratori locali, in particolare i neoeletti, siano adeguatamente informati dei percorsi in essere nei loro territori e attivamente coinvolti.

4.6. *Ats: concreta opportunità o impedimento?*

Tutti gli intervistati concordano che la realizzazione degli Ats rappresenti un'opportunità. Non sarà la L.r. 9/2024 a determinare il concretizzarsi della trasformazione, ma essa costituisce un'occasione per implementare il *welfare territoriale*, anche se ci saranno sicuramente difficoltà e il cambiamento radicale prospettato può spaventare.

Riemerge anche in questo caso il timore per l'eccessiva estensione territoriale degli Ambiti, fattore di debolezza che rischia di minare la riforma. L'effettiva realizzazione degli Ats spetterà ai singoli territori, in particolar modo ai rappresentanti politici che devono essere guidati nel percorso dalla Regione e affiancati dai tecnici che hanno seguito l'iter legislativo e credono fermamente nell'opportunità da essa rappresentata.

La Legge regionale offre agli operatori la possibilità di consolidare e mettere a sistema buone prassi di lavoro utili a dare risposte concrete ai bisogni

²³ Si veda Ministero della Salute: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/numero-europeo-cure-non-urgenti-116117/>.

dei cittadini. Per gli enti rappresenta la possibilità di rimettersi in gioco e ripensare i servizi per migliorarli, nonostante il momento di grande carenza di risorse umane e materiali in sanità. Potrà essere un'occasione per appianare le differenze di qualità di servizi e le distanze tra sociale e sanitario che si sono create nel tempo e per pensare più organicamente alle diverse riforme dei servizi. Uno degli intervistati, infatti, interpreta la norma come una possibilità di riorganizzare il sociale in un'ottica più aziendalistica, che consenta maggior efficienza e ottimizzazione, per servizi più efficaci e meno soggetti a manovre politiche nell'interesse dei singoli comuni.

L'Ats non dovrà solo rappresentare una nuova organizzazione amministrativa e contabile, ma essere fulcro di un sistema che favorisce l'integrazione dei servizi offerti da operatori pubblici e da Enti del Terzo Settore, valorizzando i consistenti fondi che saranno indirizzati su di essi e che costituiscono un'enorme opportunità di potenziamento dei servizi offerti ai cittadini. Gli intervistati vedono la scelta di obbligare i comuni ad associarsi creando un soggetto giuridico nuovo, come un atto che può rivelarsi controproducente se viene subito passivamente e con scarsa consapevolezza, perché potrebbe portare alla costruzione di una nuova struttura amministrativa priva di contenuti. Se, al contrario, sarà correttamente incentivata da una visione condivisa delle politiche sociali da attuare, gli Ats possono rappresentare uno strumento estremamente funzionale per rispondere ai bisogni del territorio creando valore per i cittadini.

5. Discussione

Dall'analisi di quanto emerso dalle interviste si sottolinea la percezione diffusa di quanto l'attuazione degli Ats comporti una modifica radicale del sistema socio-sanitario regionale e questo desta inevitabilmente diverse preoccupazioni.

Chi opera all'interno delle amministrazioni locali vive con maggiore inquietudine il cambiamento rispetto a chi opera in sanità. Questi ultimi ripongono più fiducia e hanno un'attitudine positiva verso gli Ats, mentre chi fa parte delle amministrazioni locali ha più preoccupazioni principalmente riguardanti i cambiamenti organizzativi che saranno necessari. Questo dato è ancora più significativo nel contesto Veneto, vista la prassi consolidata della delega dei comuni alle Ulss della funzione sociale che ha di fatto prodotto nel tempo la mancanza di competenze specifiche nella prassi amministrative comunali, soprattutto dei piccoli comuni (Messina, 2012).

Da parte di tutti, invece, si nota un grande attaccamento alla tradizione regionale dell'integrazione sociosanitaria e una forte volontà di mantenere,

e anzi potenziare, questa eredità, trovando nuove forme organizzative adeguate.

Una problematica evidenziata ripetutamente è quella della dimensione demografica degli Ambiti, coincidenti di norma con i distretti sanitari, questo tema è già stato affrontato anche da altri autori sugli Ats in Veneto (Capelli, 2022; Gallo, 2023; Messina, Mura, 2023; Pozzobon, 2022) perché risulta veramente una grande sfida riuscire a rendere i servizi sociali omogenei in aree tanto vaste e disomogenee (Messina, 2025). Importante in questo senso è la richiesta di alcuni territori (nel Padovano e nel Veronese) che ha portato la Regione a decidere di dividere alcuni degli Ambiti più densamente popolati e arrivare ad un totale di 24 Ats, rispetto agli iniziali 21. Non è ancora chiaro se questa soluzione sarà sufficiente, ma ciò fa notare la volontà di cercare di lavorare attivamente perché la norma, una volta in opera, sia efficace. Allo stesso modo, è molto caratteristica la presenza di tanti comuni piccoli e medio-piccoli con forte spinta identitaria, condizione assolutamente da non trascurare durante la messa in opera degli Ats.

Questo tema si ricollega all'individuazione dei bisogni che risulta essere, per gli intervistati, piuttosto controversa. Tutti sperano che con gli Ats l'individuazione dei fabbisogni sarà più efficace, ma c'è il timore che l'accorpamento organizzativo porti alla perdita di contatto con i territori, un rischio plausibile se non ci sarà un'adeguata attenzione a questo tema nella fase di transizione.

Il Punto Unico di Accesso (citato solo in poche interviste) è definito nel Decreto Ministeriale del Ministero della Salute "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"²⁴ e rappresenta un utile strumento per mantenere un presidio capillare sui territori se sviluppato di pari passo con l'operatività degli Ats e l'implementazione della programmazione dell'assetto organizzativo e operativo della rete assistenziale territoriale prevista dal Pnrr, stabilita a livello regionale con la DGR 721/2023²⁵.

In ogni caso gli intervistati riconoscono come cruciale la figura del direttore degli Ats, che sarà evidentemente strategico per rendere efficaci la collaborazione e il coordinamento tra gli enti, ma anche all'interno degli Ats stessi, tra i diversi operatori. Questi ultimi sono fondamentali nel processo e necessariamente ne dovranno essere parte attiva, poiché sono coloro che attualmente garantiscono le collaborazioni e i coordinamenti in essere. Ovviamente ci

²⁴ D.M. 77/2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per il sanitario sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio nazionale.

²⁵ DGR 721/2023 - Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (Pnrr) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023.

sono grandi differenze nei diversi territori, ma raccogliere e diffondere le buone prassi esistenti potrebbe essere di ispirazione per tutti. Anche se non potrà essere l'unica base per costruire indicazioni o protocolli di coordinamento e collaborazione, come non può esserlo la sola competenza professionale.

Altra nota ricorrente è la necessità dell'accompagnamento attivo della Regione del Veneto attraverso percorsi formativi e Tavoli tecnici. Esistono già dei segnali positivi in questo senso, vista l'organizzazione di incontri dedicati alla normativa sugli Ats con tavole rotonde di confronto. Mantenere e potenziare questo genere di accompagnamento sembra veramente fondamentale per garantire una corretta applicazione degli Ats.

Per tutti gli intervistati, l'ovvia conseguenza del mancato sostegno è una disomogeneità di approcci con difficoltà all'interno degli stessi Ats nei territori più fragili. Un esempio palese delle differenze che possono crearsi è emerso dalle interviste effettuate a persone appartenenti all'area della Federazione dei Comuni del Camposampierese. Coloro che operano in quest'area sembrano più fiduciosi e preparati rispetto a chi proviene da altre zone nel territorio dell'Azienda Ulss6, ma ciò è dovuto alla gestione associata che si è costruita negli anni (con ampia delega all'Azienda Ulss) e non è replicabile in tutti gli altri territori, in quanto legato alle peculiari caratteristiche e scelte di quella zona.

Un passaggio controverso è quello della forte spinta regionale verso la forma giuridica dell'azienda speciale consortile. Ciò da molti è ben visto, principalmente per le possibilità molto ampie di azione sul welfare territoriale che apre questa forma giuridica, ma c'è anche chi ritiene che costringere i comuni a creare un ente terzo per la gestione del sociale sia un obbligo che non è adatto a tutti i territori e, in quanto tale, possa creare delle resistenze al cambiamento e scetticismo da parte dei sindaci.

Altra questione dibattuta è quella economica, poiché senza dubbio l'apparato degli Ats avrà un costo importante per i comuni ma, se ben gestito, potrà favorire economie di scala. Restano inoltre aperti dubbi sulla gestione dei fondi dedicati esclusivamente agli Ats sia nazionali sia europei, e le opportunità di utilizzo di queste risorse non sono ancora state comprese dagli enti locali.

Infine, grazie al quesito sugli aspetti di comunicazione, emerge in modo evidente come per gli intervistati il coinvolgimento di portatori di interesse pubblici e privati (specialmente Enti del Terzo Settore) sia una priorità in quanto parte attiva dell'organizzazione ed erogazione dei servizi sociali. Viene invece considerato come un aspetto secondario in questa fase la campagna informativa diretta ai cittadini che usufruiscono dei servizi che dovranno essere coinvolti solo in un secondo tempo, quando l'organizzazione sarà strutturata per fornire loro tutte le informazioni necessarie sui servizi e il loro accesso.

6. Conclusioni

Gli intervistati che provengono da esperienze professionali sia nel settore sociale sia nel settore sanitario vedono negli Ats una grande opportunità per innovare e migliorare i servizi e la loro *governance*. La Legge regionale 9/2024 rappresenta quindi una cornice nella quale inserire contenuti strategici che richiedono tuttavia un impegno da parte della Regione del Veneto in termini di concreto supporto all'applicazione della Legge regionale, oltre alla predisposizione dei decreti attuativi, ovvero attraverso il confronto attivo e percorsi formativi specifici per coloro che saranno gli artefici della trasformazione a livello territoriale. La forma giuridica degli Ats deve essere illustrata in tutte le sue potenzialità, per permettere nel tempo ai comuni che effettivamente la adotteranno di sfruttarla adeguatamente per potenziare il *welfare* dei loro territori nell'ampia prospettiva che essa concede. Allo stesso modo dovrà essere capillare l'informazione su quali e quanti fondi dedicati al sociale potranno transitare attraverso gli Ats.

Sarà inoltre fondamentale garantire un monitoraggio attento degli Ats la cui popolazione supera i 100mila abitanti e quelli composti da molti piccoli comuni con meno di 20mila abitanti, per assicurarsi che l'omogeneità dei servizi sia effettiva e intervenire per garantirla se necessario.

Cruciali saranno le forme di collaborazione e coordinamento per attuare gli Ats, sia perché ovviamente ogni territorio dovrà gestirle secondo il proprio modo di regolazione, sia perché non sembrano esserci ancora indicazioni chiare su come si dovranno regolare i rapporti tra le Aziende Ulss e comuni, principali soggetti attuatori degli Ats. Fondamentale in questo senso sarà gestire organicamente le diverse azioni richieste dalla riforma, in modo che si integrino portando ad un miglioramento concreto dei servizi.

In generale l'Ats rappresenta una grande opportunità per rinnovare e migliorare i servizi e la loro *governance*, sia per come è presentato nella Legge regionale sia per come è percepito dagli intervistati che hanno esperienza negli ambiti del sociale e sanitario, un'opportunità che non va assolutamente sprecata.

Riferimenti bibliografici

- Accorinti, M., Giovannetti, M., Gramigna, A., Poli, C. (Eds.) (2022). *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*. Roma: RomaTrE-Press. <https://doi.org/10.13134/979-12-5977-131-5>.
- Arlotti, M., Sabatinelli, S. (2020). "Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla

- legge quadro 328/00", *Politiche Sociali*, 7(3), 357-374. <https://doi.org/10.7389/99006>.
- Bifulco, L., Centemeri, L. (2007). "La partecipazione nei Piani sociali di zona: geometrie variabili di governance locale", *Stato e Mercato*, 80, 221-244. <https://doi.org/10.1425/25231>.
- Capelli, V. (2022). *Il ruolo degli Ats nell'attuazione delle progettualità legate alla Missione 5 Componente 2 – Sotto componente 1 del Pnrr: alcune riflessioni a partire da un'esperienza veneta*. Venezia: Università Ca' Foscari.
- Carusi, D., Russo, C. (2024). "L'indice di Vicinanza della salute: un nuovo strumento di misurazione per individuare gli interventi di salute oltre la sanità", *Amministrazione in Cammino*, 1, 1-22. <https://www.amministrazioneincammino.luiss.it/2024/01/22/lindice-di-vicinanza-della-salute-un-nuovo-strumento-di-misurazione-per-individuare-gli-interventi-di-salute-oltre-la-sanita/>.
- Cibinel, E. (2020). *La 328 ha vent'anni: ha raggiunto la maturità? Percorsi di Secondo Welfare*. <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/la-legge-328-ha-vent-anni-valutiamone-la-maturita/>.
- D'Emilione, M., Giuliano, G., Ranieri, C. (2020). "Le trasformazioni del sistema di welfare locale osservate dal monitoraggio sulla programmazione sociale di zona", *Politiche Sociali*, 3, 485-506. <https://doi.org/10.7389/99012>.
- Dentico, N., Missoni, E. (2021). *Geopolitica della salute. Covid-19, OMS e la sfida pandemica*. Soveria Mannelli (CZ): Rubbettino.
- Di Nicola, P., Pavesi, N. (2012). 'L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria', in Bertin G. (Ed.), *Welfare regionale in Italia*, Venezia: Ca' Foscari, 209-266. <https://hdl.handle.net/10278/35512>.
- Eriksen, T. H. (2023). "Perennial crisis and the loss of flexibility", *Anthropology Today*, 39(2), 15-17. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12796>.
- Euricse (2023a). *1° rapporto. Il nuovo welfare collaborativo in Italia: Co-Programmazione e Co-Progettazione come strumenti per l'innovazione del welfare locale* (Vol. 25). <https://euricse.eu/it/publications/il-nuovo-welfare-collaborativo-in-italia-co-programmazione-e-co-progettazione-come-strumenti-di-innovazione-del-welfare-locale/>.
- Euricse (2023b). *2° rapporto. Abilitare la collaborazione. Presupposti, vincoli e condizioni della co-progettazione in Italia* (Vol. 26). <https://euricse.eu/it/publications/abilitare-la-collaborazione-presupposti-vincoli-e-condizioni-della-co-progettazione-in-italia>.

- eu/it/publications/abilitare-la-collaborazione-presupposti-vincoli-e-condizioni-della-co-progettazione-in-italia/.
- Euricse (2023c). *3° rapporto. Costruire i servizi e gli interventi: La co-progettazione in pratica* (Vol. 27). <https://euricse.eu/it/publications/costruire-i-servizi-e-gli-interventi-la-co-progettazione-in-pratica/>.
- Gallo, G. (2023). *Gli Ambiti Territoriali Sociali: l'esperienza presso il Comune capofila dell'Ats VEN_13*, Venezia: Università Ca' Foscari.
- Ganugi, G., Prandini, R. (2023). "Modelli strategici integrati: dalla policy nazionale alle governance territoriali", *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 1, 137-164. <https://doi.org/10.1447/107354>.
- Messina, P. (2001). *Regolazione politica dello sviluppo locale. Veneto ed Emilia Romagna a confronto*, Torino: UTET Libreria. <https://hdl.handle.net/11577/1357013>.
- Messina, P. (2012). *Modi di regolazione dello sviluppo locale. Una comparazione per contesti di Veneto ed Emilia Romagna*, Padova: Padova University Press.
- Messina, P. (2025). Introduzione al convegno *Gli ambiti territoriali sociali: per un nuovo benessere territoriale*, Università di Padova, 30 maggio 2025. https://www.centrostudiregionali.unipd.it/?page_id=2248.
- Messina, P., Mura, B. (2023). "Verso un nuovo welfare territoriale integrato? Le potenzialità degli ambiti territoriali sociali (ats)", *Economia e società regionale*, 2, 77-95. <https://doi.org/10.3280/ES2023-002007>.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2021). *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*. <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>.
- Mura, B. (2023). *Il sociale e il territorio. Stato dell'arte degli Ambiti Territoriali Sociali. Tre casi studio a confronto. Veneto, Marche, Sardegna*, Università degli Studi di Padova.
- Nicoli, M.A. (2024). 'Il Community Lab come metodo per agire un welfare pubblico partecipativo', in Pellegrino V., Rodeschini, G. (Eds.), *Il welfare pubblico partecipativo*, Milano: Franco Angeli, pp. 176-199.
- Pellegrino, V., Rodeschini, G. (Eds.). (2024). *Il welfare pubblico partecipativo*, Milano: Franco Angeli. <https://www.francoangeli.it/Libro/Il-welfare-pubblico-partecipativo?Id=29119>.
- Pozzobon, G. (2021). 'Crisi del modello Socio-Sanitario Veneto. Quali prospettive?', *Welfare territoriale e integrazione socio-sanitaria*. <https://www.venetolab.org/cantiere-welfare/>.

- Pozzobon, G. (2022). 'Gli Ats una realtà da costruire', *L'Ambito territoriale per il sociale: Un'opportunità per lo sviluppo del Veneto di domani*. <https://www.venetolab.org/cantiere-welfare/>.
- Sabel, C., Zeitlin, J., Helderman, J.-K. (2024). 'Transforming the Welfare State, One Case at a Time: How Utrecht Makes Customized Social Care Work', *Politics & Society*, 52(2), 171-207. <https://doi.org/10.1177/00323292221140710>.
- Turco, L. (2020). 'La legge 328/2000. «Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi» venti anni dopo', *Politiche Sociali*, 7(3), 507-524. <https://doi.org/10.7389/99013>.
- Voorberg, W., Bekkers, V., Flemig, S., Timeus, K., Tönurist, P., Tummers, L. (2017). 'Does co-creation impact public service delivery? The importance of state and governance traditions', *Public Money & Management*, 37(5), 365-372. <https://doi.org/10.1080/09540962.2017.1328798>.
- World Health Organization (2023). *Integrating the social determinants of health into health workforce education and training*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064256>.
- WorldHealthOrganization(2024). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088320>.

Note sugli autori

MORGANA GALARDI, Collaboratrice Professionale di Ricerca sanitaria presso il Centro di riferimento nazionale per gli interventi assistiti con gli animali (CRN IAA) dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. ORCID 0000-0003-4568-1498.

LAURA CONTALBRIGO, Dirigente Veterinario presso il Centro di riferimento nazionale per gli interventi assistiti con gli animali (CRN IAA) dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. ORCID 0000-0003-2221-9970.

MASSIMO ROMANO, Direttore Amministrativo dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

GIANFRANCO POZZOBON, già Direttore Socio Sanitario Ulss, socio e collaboratore Sherpa s.r.l. spin off dell'Università di Padova e responsabile Cantiere Welfare VeLa - Veneto Laboratorio Civico