

Gli Ambiti territoriali sociali in Toscana tra l'Esercizio associato e i LEPS

Michelangelo Caiolfa

© 2026 FEDERSANITÀ – ANCI TOSCANA

ISBN 9791281783102

Collana: Testi a fronte - N. 1/2026

MAGGIO 2026

Indice

Introduzione.....	4
1. Un percorso lungo 29 anni.....	5
1.1. La nascita dell'ambito territoriale sociale in Toscana	5
1.2. La Riforma del Titolo V della Costituzione	6
1.3. I tre periodi del percorso toscano	6
1.4. L'integrazione sistemica e strutturata	9
2. Le tendenze nazionali.....	11
2.1. La costruzione nazionale degli ATS	11
2.2. Gli ATS come riferimento operativo-gestionale.....	13
2.3. Le Linee guida ATS e i Livelli essenziali delle prestazioni sociali	16
2.3.1. Cosa sono i LEPS in questo momento	18
2.3.2. Il rapporto tra i LEPS e la funzione fondamentale di Assistenza Sociale.....	18
2.3.3. Il rapporto tra gli ATS e i LEPS	19
3. Alcune questioni aperte in Toscana	22
3.1. Le forme associative toscane e gli ATS.....	22
3.1.1. Società della Salute	23
3.1.2. Convenzione Sociosanitaria	24
3.2. L'Organizzazione dei LEPS	25
3.2.1. Ambito Territoriale Ottimale.....	25
3.2.2. LEPS e Funzione Sociale.....	26
3.2.3. Articolazione dei LEPS	26
3.2.4. Rapporto tra LEA e LEPS	27
3.3. La trasformazione dei sistemi territoriali	28
Brevi considerazioni in conclusione	31
Allegato Riepilogo delle principali norme citate nel testo	35
Norme Nazionali.....	35
Norme Regionali Toscane.....	36



Introduzione

L'articolo cerca di ripercorrere il lungo tragitto di costruzione del cosiddetto modello toscano – il sistema territoriale fondato sulla zona-distretto, le società della salute, le convenzioni sociosanitarie e i piani integrati di salute – focalizzando l'attenzione sull'ambito territoriale sociale (ATS) così come caratterizzato dai provvedimenti nazionali che si sono susseguiti negli ultimi anni. L'ATS rappresenta una chiave interpretativa andata fuori moda da moltissimi anni in Toscana, proprio perché il sistema territoriale regionale ha immediatamente imboccato la strada dell'integrazione tra ambito sociale e ambito sanitario, arrivando fino alla costruzione delle due forme associative speciali della società della salute e della convenzione sociosanitaria. Nel dibattito toscano da sempre si utilizza il termine 'zona-distretto' sia per l'ambito territoriale sanitario sia per l'ambito territoriale sociale, in modo naturale e immediato sono ormai diventati riferimenti soliti e del tutto intercambiabili tra loro.

Nelle costruzioni nazionali la situazione è invece molto diversa, malgrado i riferimenti principali di inizio secolo siano gli stessi che hanno di fatto avallato l'allora nascente modello toscano: il D.Lgs. 229/1999 cosiddetto 'Decreto Bindi' per la sanità, e la Legge 328/2000 cosiddetta 'Legge Turco' per il sociale. Dopo questi due atti così importanti, la successiva produzione normativa nazionale non ha mai messo insieme sul serio i due ambiti territoriali o prodotto strumenti operativi veramente integrati. Il percorso toscano, al contrario, è andato in direzione opposta verso forme sempre più avanzate di integrazione strutturale e sistemica.

Rileggere il sistema territoriale toscano attraverso le lenti dell'ambito territoriale sociale 'in stile nazionale' potrebbe risultare quindi un'operazione insolita, di cui a prima vista non si comprende l'utilità. Tuttavia se al solito concetto di ATS che siamo abituati a considerare – il perimetro di amministrazioni comunali citato all'art. 8 della Legge 328/2000 – si aggiungono le nuove disposizioni nazionali, allora la prospettiva cambia in modo piuttosto significativo. A partire dal 2017 le funzioni dell'ATS sono evolute profondamente sia nelle norme legislative che nelle prassi operative di ordine nazionale. Il secondo capitolo di questo articolo è dedicato a una rapida disamina dei passaggi principali che hanno portato l'ATS a diventare la sede necessaria in cui programmare e realizzare i LEPS, il riferimento operativo per i progetti e le riforme del PNRR, il luogo di svolgimento dell'esercizio associato della funzione sociale.

Analizzare e discutere il sistema territoriale toscano da questo punto di vista – l'ATS con le nuove funzioni nazionali – può riportare in evidenza i fondamenti che quasi trenta anni fa hanno spinto in Toscana un'intera generazione di amministratori, dirigenti, professionisti, operatori e organizzazioni a scegliere una strada che resta ancora del tutto unica nel panorama nazionale.

Dal punto di vista tecnico occorre chiedersi nuovamente quale sia il rapporto attuale tra società della salute, convenzioni sociosanitarie e ambiti territoriali sociali; quale dinamica è in atto tra le SdS/CS e la costruzione dei LEPS; quale sia l'effettivo svolgimento associato della funzione sociale nei 28 ambiti territoriali toscani.

Per iniziare ad addentrarsi in temi così ampi e complessi, questo articolo procede in modo analitico e niente affatto divulgativo. Ne scaturisce uno scritto lungo, denso e complesso, di non facile e immediata lettura, con una scrittura affaticante che non ha utilizzato l'intelligenza artificiale per rispetto del passato e delle persone che lo illuminarono. I tre capitoli principali trattano del percorso toscano, dell'ATS nazionale, e di alcune questioni aperte, a cui si aggiungono questa introduzione e alcune brevi considerazioni in conclusione. Come al solito si tratta del più classico tentativo di proporre una lettura sistematica del passato, far emergere qualche considerazione sul presente, stimolare delle riflessioni sul futuro per quanto sia ancora possibile.



1. Un percorso lungo 29 anni

L'assetto territoriale toscano delle materie socioassistenziali è improntato tradizionalmente verso una forte integrazione sociosanitaria e sanitaria che caratterizza il lungo percorso di costruzione culturale, normativa e organizzativa iniziato alla fine degli anni '90. Una integrazione sistemica e strutturale che ha cercato di saldarsi anche con le materie dell'istruzione e dell'educazione, della formazione e del lavoro, dell'abitazione e della rigenerazione urbana.

1.1. La nascita dell'ambito territoriale sociale in Toscana

È forse possibile fissare la data iniziale del percorso toscano nell'atto di approvazione della LRT 72/1997 'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati'. Quel complesso normativo fu il frutto di una scelta politico-istituzionale molto chiara e consapevole, che già allora individuò i riferimenti principali tuttora alla base dell'organizzazione sociale toscana: Ambito territoriale; Conferenza dei Sindaci; Piano di Zona, Riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati.

Sulle stesse materie giaceva in Consiglio Regionale un disegno di legge impostato in modo diverso, con il baricentro delle funzioni di indirizzo e programmazione, monitoraggio e controllo completamente spostato sulle Amministrazioni provinciali. Dopo un largo e intenso confronto istituzionale e tecnico, la scelta del legislatore regionale fu diversa, incentrata sull'**esercizio completo della funzione sociale** – indirizzo, programmazione, organizzazione, gestione, erogazione – assegnato interamente alle Amministrazioni comunali che, però, furono chiamate a organizzare le funzioni di indirizzo e programmazione all'interno di 'ambiti territoriali'. Perimetrazioni di norma più grandi di un comune e più piccoli di una provincia (fatte salve alcune eccezioni come nel caso del Comune di Firenze o, per alcuni aspetti, del Circondario di Empoli) da agire attraverso il primissimo e del tutto inedito Piano zonale di assistenza sociale¹.

In questo preciso passaggio del legislatore regionale, collocabile tra il 1995 e il 1997, è possibile indicare **la nascita in Toscana degli Ambiti Sociali Territoriali**, ben prima quindi della Legge 328/2000 che ha portato un identico sistema a livello nazionale. È da sottolineare come la legge nazionale abbia poi legato l'ambito territoriale, insieme a tutti gli altri istituti previsti, alla creazione del 'Sistema integrato di interventi e servizi sociali'; così come la legge regionale toscana aveva già riferito in precedenza gli stessi istituti alla 'organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità'. In entrambi i casi lo sviluppo dei servizi e l'esercizio della funzione sono stati legati a obiettivi di più ampia portata e dalla finalità generale, che forniscono da allora il 'senso e il significato' a tutte le politiche di settore e alle successive azioni realizzative. Un senso e un significato che ora vanno recuperati, riscoperti e riattivati proprio facendo leva sul rapporto tra la costruzione del sistema dei servizi della Legge nazionale 328/2000 e l'organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità della Legge regionale 72/1997.

¹ LRT 72/1997 'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati':

- Art. 19 La zona socio-sanitaria, Comma 2: 'Nella zona socio-sanitaria, quale ambito territoriale di cui alla LR 49/94 e alla LR 28/95, si realizza la gestione associata degli interventi sociali a prevalente integrazione sanitaria e costituisce l'ambito di associazione tra i Comuni per la gestione dei servizi socio-assistenziali.'
- Art. 20 Il distretto socio-sanitario, Comma 1: 'Il distretto socio-sanitario è la sede di organizzazione, integrazione ed erogazione dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali dei Comuni e delle Aziende unità sanitarie locali.'
- Art. 11 Il piano zonale di assistenza sociale, Comma 1: 'Il piano zonale di assistenza sociale è l'atto in cui sono contenuti programmi e i progetti di intervento dei Comuni, della Provincia e degli altri soggetti pubblici o privati selezionati in sede di conferenza di zona ... con il quale si realizza l'integrazione tra gli interventi di assistenza sociale e quelli relativi ai settori di cui all'art. 28.'



1.2. La Riforma del Titolo V della Costituzione²

L'anno 2001 segna un passaggio fondamentale anche nel percorso toscano, poiché la Riforma del Titolo V della Costituzione muta radicalmente l'articolazione delle funzioni fondamentali pubbliche. La complessità della riforma costituzionale del 2001 ha come snodo centrale la ricerca di un nuovo equilibrio e di nuovi rapporti istituzionali tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie locali. Già in precedenza era iniziato il distacco dalla modalità di attribuzione delle funzioni amministrative in base al parallelismo tra competenza legislativa e competenza amministrativa, per seguire un sistema ispirato al **principio di sussidiarietà** (l. 59/1997 cd. Bassanini). In virtù di questo principio la generalità delle competenze e delle funzioni amministrative deve essere attribuita, in ordine gerarchico inverso, innanzitutto ai Comuni, quindi alle Province e alle Comunità montane, poi alle Regioni e infine allo Stato. Adottando i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, quindi, il criterio di riparto delle attribuzioni tra centro e periferia è stato rovesciato.

L'assetto delineato dalla legge Bassanini è stato fatto proprio dal legislatore costituzionale e costituisce ora il contenuto del nuovo art. 118 Cost. il cui comma 1 sancisce che 'le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città Metropolitane, Regioni e Stato, sulla base del principio di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza'.

L'art. 7 della legge n. 131/2003 fornisce le linee guida per dare attuazione all'art. 118 Cost., disponendo al comma 1, che lo Stato e le Regioni, sulla base delle loro rispettive competenze, conferiscono le funzioni amministrative da loro esercitate alla data di entrata in vigore della legge. La legge prevede che i Comuni siano tendenzialmente destinatari di tutte le attribuzioni (cd. municipalismo d'esecuzione) con una competenza generale residuale dal momento che per espressa previsione normativa, alle Province, alle Città Metropolitane, alle Regioni ed allo Stato possono essere conferite soltanto quelle funzioni 'di cui occorra assicurare l'unitarietà di esercizio, per motivi di buon andamento, efficienza o efficacia, dell'azione amministrativa ovvero per motivi funzionali o economici o per esigenze di programmazione o di omogeneità territoriale'.

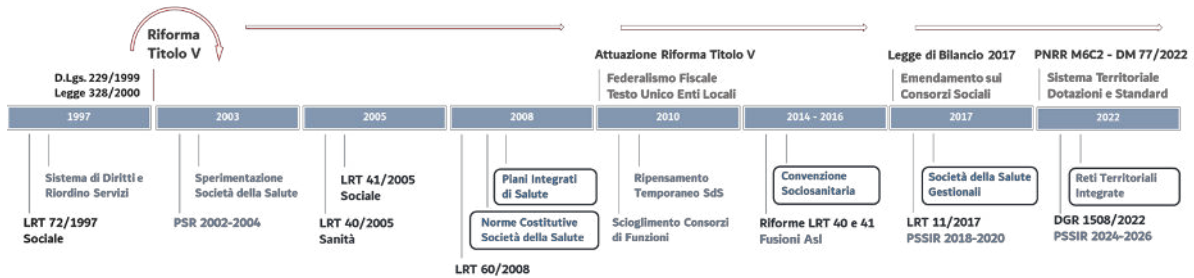
L'attuazione dell'art. 118 Cost. distingue le funzioni proprie dei Comuni e le funzioni conferite. Le **funzioni fondamentali** sono sia quelle a carattere istituzionale essenziali per il funzionamento di Comuni, Province e Città metropolitane nonché per il soddisfacimento di bisogni primari delle comunità di riferimento, sia quelle a carattere materiale. In aggiunta alle funzioni fondamentali, sia lo Stato che le Regioni possono eventualmente conferire ai Comuni proprie funzioni.

1.3. I tre periodi del percorso toscano

Dopo la riforma costituzionale prende avvio il lungo percorso di costruzione del 'territorio integrato' secondo il cosiddetto modello toscano. È possibile riassumere questo lungo tragitto in un prorogo, costituito dalle norme regionali e nazionali di fine anni novanta, seguito da tre distinti periodi che hanno caratterizzato gli anni duemila:

- A. 2002-2008 Elaborazione e sviluppo della normativa di base
- B. 2009-2016 Costruzione e riforma del Servizio sanitario e sociosanitario regionale
- C. 2017 → Regolazione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale

² Paragrafo ripreso e adattato da: 'Delegazione, conferimento di funzioni amministrative e utilizzazione di uffici altrui' di Giuseppe Pompella 2012.



Primo Periodo. Tra il 2002 e il 2008 sono stati prodotti alcuni atti fondamentali per il sistema territoriale integrato toscano. Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e il Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 hanno fissato i riferimenti fondamentali per la riunificazione dei distretti sanitari nelle zone-distretto, per la programmazione secondo obiettivi di salute – da cui il Piano Integrato di Salute – e per l’evoluzione della zona-distretto in Società della Salute³. L’atto di indirizzo

³ PSR 2002-2004

- Punto 2.2.1. Il nuovo assetto delle zone: l’unificazione funzionale tra zona e distretto

La zona-distretto rappresenta la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell’organizzazione aziendale. In essa deve ritrovarsi l’unità e la globalità delle prestazioni, è in essa che si può realizzare la protezione efficace della salute a misura d’uomo, attraverso un’adeguata azione preventiva, che valorizzi il ruolo del medico di famiglia, le attività consultoriali, quelle sociali e domiciliari. È soprattutto in tale ambito che va realizzata la partecipazione e la responsabilizzazione della comunità alla protezione della salute. Sul territorio della zona-distretto operano un “Presidio Ospedaliero”, che raggruppa stabilimenti e reparto ospedalieri, ed un “Presidio Territoriale”, che rappresenta l’insieme dei presidi di erogazione delle attività assistenziali territoriali e specialistiche di primo livello, sociali e sanitarie, oggi prevalentemente compresi negli attuali distretti. Le funzioni della zona-distretto comprendono sia il governo della domanda che la gestione ed il coordinamento dell’offerta sul territorio di competenza. Nella gestione del Presidio Ospedaliero rimane forte la presenza diretta del centro direzionale, mentre in quella del Presidio Territoriale è presente un esercizio locale tramite la zona-distretto, che assicura anche il coordinamento con le attività ospedaliere. Nelle zone-distretto, in cui attualmente sono previsti più distretti, questi ultimi costituiscono articolazioni decentrate del Presidio Territoriale. Nella zona-distretto viene identificata una figura unica di responsabile con funzioni dirigenziali.

- Punto 2.2.7. Le Società della Salute

Il concetto di distretto, inteso come livello a cui collocare l’organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale, è sempre stato presente nella normativa sanitaria, ma scarsamente realizzato seppur molto discusso ed ampiamente regolamentato. La Toscana ha scelto di diventare oggi il luogo di rilancio di questa cultura, a partire dai comuni, dalla società civile, dalle associazioni, dall’esperienza dei suoi servizi territoriali, e a questo fine in alcune realtà le funzioni della zona - distretto vengono affidate in forma di sperimentazione gestionale ed organismi denominati Società della Salute (SdS). Le Società della Salute rappresentano una nuova soluzione organizzativa dell’assistenza territoriale, che sarà oggetto di sperimentazione nel corso del presente Piano sanitario regionale, Tale soluzione è caratterizzata da cinque aspetti qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali
- garanzia di qualità e di appropriatezza
- controllo e certezza dei costi
- universalismo ed equità
- Imprenditorialità non profit.

- Punto 2.2.7.3. Il ruolo delle Società della Salute

Piano integrato di salute, sostitutivo del Piano di zona - distretto e del Piano sociale di zona; tale Piano, in termini di contenuti sanitari, costituisce attuazione del Piano attuativo locale;

- Punto 2.1. Gli Obiettivi di Salute

Gli obiettivi di salute si realizzano primariamente a livello delle comunità locali, dove la popolazione esprime i suoi bisogni e la sua domanda di intervento. I soggetti, che, prioritariamente, se ne fanno carico, sono le autorità locali insieme con le articolazioni zonali delle aziende sanitarie e con le componenti della società civile, che intervengono e partecipano, in modo integrato, alle scelte ed ai processi d’erogazione di servizi, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di cui al paragrafo 2.2. Lo strumento essenziale di intervento è il Piano integrato di salute, di cui al paragrafo 3.1.2.

- Punto 3.1.2. I Piani integrati di salute

È necessario, nell’ambito di un Piano sanitario orientato alla produzione di salute, valorizzare gli interventi di salvaguardia e controllo della qualità ambientale e sociale attraverso dei veri e propri “Piani” finalizzati alla realizzazione di progetti con specifici “Obiettivi”. I “Piani integrati di salute” costituiscono la modalità di operare delle zone - distretto e, ove costituite, delle Società della salute. I Piani integrati di salute, nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida di seguito indicate, scaturiscono da un procedimento di concertazione al quale partecipano i soggetti istituzionali e quelli rappresentativi delle comunità locali; I Piani integrati di salute devono interagire con gli strumenti della



per la sperimentazione delle Società della Salute ha avviato la costruzione dei primi 19 consorzi⁴. L'atto di indirizzo per l'elaborazione del Piano Integrato di Salute ha originato la prima generazione di PIS approvati nel 2005⁵. Sono state elaborate e approvate le due leggi regionali fondamentali in materia sanitaria e sociale, 40 e 41 del 2005, interamente coordinate tra loro. Il periodo si chiude con la legge 60/2008, di modifica della legge 40/2005, che introduce i 19 articoli costitutivi delle Società della Salute, poi giunti agli attuali 21, e fa uscire le SdS dalla fase sperimentale temporanea.

Secondo Periodo. Tra il 2009 e il 2016 si è dipanato un periodo caratterizzato da repentini cambiamenti di prospettiva, dovuti anche alla complessa fase attraversata dalle normative nazionali messe sotto fortissima pressione dalla deflagrazione della crisi economica dopo il 2008. In seguito alle profonde modifiche alle leggi 40 e 41 recate dalla legge 60/2008, un ampio e intenso lavoro di gruppo coinvolse direttamente gli ambiti territoriali e generò la DGR 243/2011⁶, poi misteriosamente smarrita tra i meandri della burocrazia competente. Ben presto, però, l'irruzione delle determinazioni nazionali in attuazione della riforma costituzionale del Titolo V, operata attraverso il cosiddetto federalismo fiscale, unita alla crisi economico-istituzionale del 2010 e alle conseguenti misure di razionalizzazione della spesa pubblica, portarono a un ripensamento dei consorzi SdS e dell'intero impianto basato sugli ambiti territoriali toscani. Ripensamento rivelatosi temporaneo, superato definitivamente dapprima dalle leggi 44 e 45 del 2014⁷ che si riferivano al solo assetto sociosanitario – anche con l'introduzione della Convenzione Sociosanitaria⁸ – e successivamente dalle leggi complessive di riforma dell'intero sistema sanitario, sociosanitario e sociale regionale, che hanno dato vita alle tre grandi aziende sanitarie locali attuali⁹.

Terzo Periodo. Il 2017 apre un periodo caratterizzato da interventi normativi nazionali molto specifici: la legge di bilancio 2017 – in cui trovano nuova legittimità i consorzi socioassistenziali – il DPCM 'Nuovi LEA', il D.Lgs. 147, il Codice del terzo settore¹⁰. In particolare il Capo IV del D.Lgs. 147/2017 definisce di fatto l'impianto dell'attuale sistema sociale nazionale: i tre Piani nazionali con i corrispettivi fondi (Piano sociale, Non autosufficienza, Lotta alla povertà), la Rete per l'inclusione, il Sistema informativo nazionale SIUSS, il recupero dell'Ambito sociale territoriale anche in riferimento alla forma consortile. Mentre la legge di bilancio del 2017 rende nuovamente legittimi i consorzi di funzioni in ambito socioassistenziale, il fondamento giuridico della forma consortile delle SdS, in ambito regionale la LRT 11/2017 opera la nuova perimetrazione delle zone-distretto – che inizialmente passano da 34 a 26 – e norma l'attivazione della gestione diretta delle SdS. Di conseguenza il PISSR 2018-2020 individua modalità, tempi e vincoli per il passaggio alla gestione

programmazione locale, nonché con i Patti territoriali per lo sviluppo e l'occupazione e con i Patti sociali territoriali ove questi esistano. L'interazione e l'integrazione tra i Piani integrati di salute e gli altri strumenti di programmazione negoziata locale sono assicurate attraverso l'unificazione delle sedi di concertazione e, ove possibile, delle procedure di negoziazione e concertazione. I Piani integrati sono progetti complessi su problematiche specifiche ad alta valenza sociale, che coinvolgono varie risorse ed hanno una ricaduta specifica, valutabile e misurabile, sullo stato di salute del territorio.

⁴ DGR 155/2003 'Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute.'; seguito dalla DGR 442/2006 e dalla DGR 522/2006.

⁵ DGR 682/2004 'Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute.'

⁶ DGR 243/2011 'Approvazione disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Modifica alla DGRT n. 1265 del 28 dicembre 2009.'

⁷ LRT 44/2014 'Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale); LRT 45/2014 'Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).'

⁸ LRT 40/2015, art. 70 bis, e conseguente DGR 229/2015 'Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, da sottoscrivere negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le Società della Salute, in attuazione di quanto previsto dall'art. 70 bis della l.r. 40/2005 e s.m.i.- Approvazione schema tipo'.

⁹ LRT 28/2015 'Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale' e LRT 84/2015 'Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005'.

¹⁰ L'anno 2017 è stato particolarmente ricco di normative nazionali significative: Legge di Bilancio 2017 - Legge 232/2016; DPCM 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza'; D.Lgs. 147/2017 'Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà'; D.Lgs. 117/2017 'Codice del Terzo settore'.



diretta SdS, viene attivata l'elaborazione di una seconda generazione di PIS molto diversa dalla prima del 2005, e la DGR 886/2021 introduce l'aggiornamento dello schema-tipo della Convenzione Sociosanitaria¹¹.

Il 30 gennaio 2020 l'OMS proclama l'emergenza covid, che sarà ufficialmente chiusa il 5 maggio 2023. I processi che riguardano le SdS e le Convenzioni Sociosanitarie subiscono ovviamente un fortissimo rallentamento, mentre i PIS vengono approvati in pieno lockdown. Anche il sistema toscano si immerge ovviamente nella tremenda pandemia e ne riemerge con le missioni 5 e 6 del PNRR, il DM 77/2022, le Riforme della disabilità e della non autosufficienza, la DGR 1508/2022 e il PSSIR 2024-2026.

Le tre grandi fasi di sviluppo del cosiddetto Modello Toscano hanno visto dipanarsi un complicato intreccio di volontà politico-istituzionali, nome regionali e azioni operative, in vario modo legate direttamente a **tre macro-eventi** di ordine nazionale e internazionale: la riforma del Titolo V del 2001, la crisi economico-istituzionale del 2008-2010, la pandemia covid e il PNRR del 2020.

1.4. L'integrazione sistemica e strutturata

In Toscana la vicenda degli ATS è stata strettamente legata fin dal suo inizio all'evoluzione dei distretti sanitari – la cosiddetta zona-distretto – e alle forme sistemiche e strutturali di integrazione tra sociale e sanitario.

Come descritto in precedenza, nell'atto fondativo del 1997 la zona del sociale è messa in completa relazione con il distretto socio-sanitario e la sua perimetrazione¹², legame reso sistematico con l'approvazione contestuale delle leggi 40 e 41 del 2005, e che ha poi generato una vera e propria struttura associativa con gli strumenti della Società della Salute del 2003-2008 e della Convenzione Sociosanitaria del 2014-2017.

Sul piano dei contenuti e delle scelte di policy, i termini 'sistemico e strutturale' caratterizzano da sempre l'approccio toscano all'integrazione tra sanitario e sociale. L'integrazione può dirsi sistemica quando non si limita al coordinamento delle prestazioni sul singolo 'caso complesso', ma investe le dimensioni istituzionale, direzionale, programmatoria, professionale e gestionale, ponendo le basi per l'evoluzione dei sistemi di servizio. L'integrazione può dirsi **strutturale** quando non si fonda su interazioni occasionali o emergenziali, ma su infrastrutture integrate, generalizzabili e permanenti, finalizzate a garantire la continuità, l'unitarietà e l'accessibilità dei servizi per le persone e le famiglie con bisogni complessi di salute e assistenza. Interpretata in tal modo, l'integrazione si configura come elemento generativo non solo per l'ambito sociosanitario, ma anche per la riorganizzazione complessiva della sanità territoriale da un lato e del sistema socioassistenziale dall'altro.

In relazione alle asimmetrie strutturali che caratterizzano il sanitario e il sociale, è possibile individuare **cinque dimensioni** sistemiche attraverso cui promuovere un riallineamento strutturale tra sanitario e sociale che sia in grado di sostenerne la cooperazione stabile e continuativa:

1. **Dimensione istituzionale.** Prevede forme strutturate di coinvolgimento e co-decisione tra i diversi livelli istituzionali: statale, regionale, aziendale e comunale.
2. **Dimensione programmatoria e direzionale.** Richiede strumenti di programmazione integrata tra gli ambiti sanitari e sociali, e meccanismi di condivisione delle funzioni direzionali.

¹¹ DGR 886/2021 'Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, art. 70 bis, comma 14 della l.r. 40/2005 e s.m.i. Approvazione aggiornamento schema-tipo.'; poi seguita dalla DGR 970/2025 'Approvazione degli indirizzi per lo sviluppo dei documenti operativi stabiliti dallo schema di convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria (DGRT n. 886/2021).'

¹² Per una ricostruzione della sequenza originale: LRT 72/1997 - Art. 19, comma 2; LRT 49/1994 - Art. 3, commi 1 e 2; LRT 29/1990 - Art. 14, comma 1.



- 3. Dimensione multiprofessionale.** Si basa sulla costruzione di processi assistenziali condivisi, attraverso strumenti professionali comuni e modalità organizzative integrate.
- 4. Dimensione organizzativa e gestionale.** Si riferisce alla strutturazione di modelli organizzativi capaci di coniugare in modo stabile le catene organizzative sanitarie e sociali, prevedendo anche forme di condivisione delle risorse.
- 5. Dimensione comunitaria.** Include la partecipazione attiva dei cittadini nei percorsi sociosanitari, mediante l'attivazione di reti di prossimità e la valorizzazione del ruolo delle comunità locali e l'utilizzo degli istituti dell'amministrazione condivisa¹³.

L'approccio sistemico e strutturato all'integrazione, e le cinque dimensioni in cui è necessario declinare i legami tra sanitario e sociale, sono da anni un patrimonio consolidato dei territori toscani. Le dimensioni dell'integrazione, in particolare, costituiscono la colonna vertebrale su cui si basano gli statuti delle **Società della Salute** e i dispositivi delle **Convenzioni Sociosanitarie**. Per questo sono articolati normativi lunghi e complessi, densi di richiami continui e carichi di strumenti operativi; perché gli statuti e le convenzioni sono strumenti per l'esercizio associato e integrato delle funzioni sanitarie e sociali che in Toscana si basano, da sempre, sulla stratificazione delle cinque dimensioni dell'integrazione sistemica e strutturata.

Da un lato, dunque, l'integrazione in Toscana 'ha fatto' storicamente anche l'organizzazione territoriale; dall'altro lato, però, appare indispensabile riprendere il filo della costruzione dell'Ambito Territoriale Sociale soprattutto alla luce delle nuove norme nazionali che investono questo istituto.

9

¹³ Due paragrafi tratti da 'I Sistemi Territoriali Integrati' di D. Scibetta e M. Caiolfa - Le Regioni, Fascicolo 4-5/2025. Il Mulino, Bologna.



2. Le tendenze nazionali

Nelle normative nazionali l'Ambito Territoriale Sociale trova la sua radice principale nella Legge 328/2000 come uno degli istituti fondativi del 'Sistema integrato di interventi e dei servizi' insieme alla Conferenza dei Sindaci, insieme al Piano di Zona e ai cosiddetti LivEAS. L'ambito sociale, l'organo di governance istituzionale e lo strumento di programmazione, formano i tre pilastri fondamentali su cui incardinare le funzioni pubbliche di indirizzo e programmazione del sistema integrato, in una logica di collaborazione e di associazione tra le amministrazioni locali ricomprese all'interno del perimetro territoriale. Una normativa nazionale di inizio secolo che purtroppo è rimasta dormiente per lunghi anni dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, e ha poi ripreso vigore e propulsione a partire dal 2017.

2.1. La costruzione nazionale degli ATS

La **Legge 328/2000** non dedica un articolo specifico all'ambito territoriale, ma ne tratta la costituzione all'articolo 8 dedicato alle funzioni regionali. Le regioni vengono impegnate a determinare gli ambiti territoriali e le modalità di gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, e a prevedere incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i distretti sanitari.

Legge 328/2000 - Articolo 8, comma 3, lettera a). Determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge.

Già alla sua nascita, quindi, l'ambito territoriale è posto in stretta relazione con l'esercizio associato delle funzioni sociali e con il distretto sanitario.

Dopo 17 anni la Legge delega sulla povertà 33/2017, e il conseguente **D.Lgs. 147/2017**, interrompono la lunga acquiescenza a cui sono state sottoposte le norme della Legge 328. Malgrado l'oggetto principale della legge sia ben delineato, sorprendentemente la terza delega della Legge 33/2017 riguarda un intervento normativo in materia di servizi sociali di ordine generale, nell'ambito dei principi della Legge 328¹⁴. A questo scopo il D.Lgs. 147/2017 reca il Capo IV dal titolo 'Rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali' che riattualizza vari istituti della Legge 328, tra cui gli ambiti territoriali sociali.

D.Lgs. 147/2017 - Articolo 23, comma 2. Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano, in particolare, ove non già previsto, ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego.

¹⁴ Legge 33/2017, articolo 1, lettera c): [delega a] 'il rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali, al fine di garantire in tutto il territorio nazionale i livelli essenziali delle prestazioni, nell'ambito dei principi di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328.'



Probabilmente proprio in questo comma dell'articolo 23 trova origine la definizione attuale di ATS, difatti l'articolo è composto da altri cinque commi che mettono in relazione reciproca: forme di coordinamento dei servizi territoriali; accordi territoriali tra organizzazioni per il lavoro, istruzione, formazione, politiche abitative e salute; rapporti con il terzo settore; forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale; strumenti di rafforzamento della gestione associata nella programmazione e nella gestione degli interventi a livello di ambito territoriale¹⁵.

La **Legge di bilancio del 2022** (Legge 234/2021) ai commi dal 159 al 171 compie un ulteriore passo in avanti e allestisce di fatto gli elementi di base per una piccola riforma in materia dei servizi sociali. Sono trattate le materie relative ai livelli essenziali delle prestazioni sociali, ambiti territoriali sociali, accesso e percorsi assistenziali, fonti di finanziamento.

Legge 234/2021 - Articolo 1, comma 160. Al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n.328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

Il comma 160 opera una vera e propria rivoluzione negli assetti dei servizi sociali, molto più profonda di quello che potrebbe emergere in prima lettura. Quando la norma nazionale disciplina che gli ATS 'costituiscono la sede necessaria programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS' sta intervenendo in modo eccezionalmente significativo sia sull'esercizio della funzione fondamentale di competenza comunale, sia sulla natura stessa degli Ambiti Territoriali Sociali.

Tanto è vero che il comma 161 prevede un'apposita intesa in Conferenza Unificata per la definizione di linee guida per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 159 a 171, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS.

Legge 234/2021 - Articolo 1, comma 161. Mediante apposita intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, si provvede alla definizione delle linee guida per l'attuazione, ai sensi dell'articolo 4 della legge 8 novembre 2000, n. 328, degli interventi di cui ai commi da 159 a 171 e per l'adozione di atti di programmazione integrata, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS.

Il Decreto Interministeriale 24 giugno 2025 approva le **'Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli ambiti territoriali sociali per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali'**. Lo scopo è di favorire il rafforzamento della gestione associata degli ATS, con particolare riferimento a modelli e processi organizzativi funzionali all'attuazione dei LEPS sull'intero territorio nazionale, per garantire un impiego ottimale delle risorse destinate ai LEPS e il loro monitoraggio e rendicontazione.

¹⁵ Il comma 4 dell'articolo 23 reca una formulazione assolutamente avveniristica e altrettanto suggestiva: 'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle regioni e province autonome ai sensi del presente articolo, costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili'. Si configurano tracce di un LEP di organizzazione integrata.



La Legge di bilancio 2026 (Legge 199/2025) tratta l'argomento dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali ai commi 699 e 700, e costituisce il primo nucleo di un Sistema di garanzia in riferimento agli Ambiti Territoriali Sociali.

Legge 199/2025 - Articolo 1, comma 699. Al fine di definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali, volti a garantire, in condizioni di efficienza e appropriatezza, un'offerta omogenea dei servizi sull'intero territorio nazionale, attraverso criteri oggettivi per la quantificazione delle risorse necessarie al perseguimento degli obiettivi di equità sociale e territoriale, è istituito un Sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale, determinato in ciascun ambito territoriale sociale (ATS), quale livello di spesa necessario a garantire progressivamente, a partire dal 2027, i predetti livelli essenziali delle prestazioni.

Il comma 700 individua le funzioni primarie del sistema di garanzia che tratta, in via progressiva il livello di spesa di riferimento e assicura le prestazioni trattate dalla Legge di bilancio 2022, la dotazione di assistenti sociali, l'equipe multidisciplinare di ATS, le prestazioni di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti.

Già da questa breve rassegna dei principali riferimenti normativi nazionali (legge 328, D.Lgs. 147/2017, Legge di bilancio 2022, Linee guida ATS, Legge di bilancio 2024) emerge chiaramente il nuovo quadro che investe gli Ambiti Territoriali Sociali, posti ormai in strettissimo rapporto con le dimensioni delle integrazioni, l'esercizio delle funzioni sociali e i livelli essenziali delle prestazioni sociali.

2.2. Gli ATS come riferimento operativo-gestionale

La **Missione 5 Componente 2** 'Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore' del PNRR riserva 1,45 miliardi alla Sottocomponente 'Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale' che si articola in 3 Investimenti a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per un totale di 7 linee di attività (4 linee per l'Investimento 1.1; 1 linea per l'Investimento 1.2; 2 linee per l'Investimento 1.3).

Nel secondo trimestre 2022 sono stati attivati i progetti realizzati dagli Ambiti Territoriali Sociali o dai Comuni, quando i relativi ATS non partecipano, che possono aderire a ciascuna delle 7 linee di attività.

Con il Decreto Direttoriale 450/2021 il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali ha adottato il Piano Operativo per la presentazione delle proposte progettuali. Il Ministero ha poi emanato l'Avviso pubblico 1/2022 rivolto agli ATS/Comuni, per la presentazione della domanda di ammissione al finanziamento tramite la piattaforma di gestione delle linee di finanziamento GLF, integrata nel sistema di monitoraggio delle opere pubbliche (MOP)¹⁶.

Per quanto riguarda le misure PNNR di competenza, è del tutto evidente che gli ATS sono stati chiamati direttamente nella realizzazione operativa, attribuendo loro responsabilità e oneri gestionali molto concreti. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha prodotto anche un Manuale operativo per i soggetti attuatori degli investimenti MSC2 che riporta la seguente definizione:

Glossario Terminologico. Gli Ambiti Territoriali sono delle associazioni di comuni individuate dalle Regioni ai sensi della Legge 328/2000. Rappresentano la sede principale della programmazione

Investimenti	Sub Investimenti	Risorse	Totale
	Sub investimento 1.1.1		
	Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	94,6 milioni	
	Sub investimento 1.1.2		
	Autonomia degli anziani non autosufficienti	307,5 milioni	
Investimento 1.1	Sub investimento 1.1.3		500,1 milioni
Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	66 milioni	
	Sub investimento 1.1.4		42 milioni
	Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali		
	Progetto individualizzato		
Investimento 1.2	Alimentazione	500,5 milioni	500,5 milioni
Personali di autonomia per persone con disabilità	Lavoro		
Investimento 1.3	Housing first	450 milioni	450 milioni
Housing temporaneo e Stazioni di posta per le persone senza fissa dimora	Stazioni di posta		
Tot. Sottocomponente "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale"			1,45 miliardi

¹⁶ Tratto da Fondi Welfare – Sito-web di approfondimento sulle principali risorse stanziare a livello nazionale per le politiche sociali, realizzato da ANCI e Cittalia.



locale, della concertazione e del coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Seguendo la ricostruzione delle normative nazionali prodotte finora, gli ambiti territoriali non sono automaticamente delle 'associazioni di comuni' ma delle semplici perimetrazioni territoriali, a differenza della definizione presente nel glossario. L'auspicio che prima o poi possano trasformarsi in una specifica forma associativa può essere più o meno condivisibile ma al momento, fatta eccezione per le Province autonome di Trento e Bolzano, non corrisponde alla realtà diffusa degli assetti e delle leggi regionali a parte qualche tentativo storicamente attivo in Piemonte e in Toscana. Inoltre dalla lettura del comma 160 della Legge di Bilancio 2020, inoltre, emerge un insieme di funzioni attribuite all'ATS ben più consistente delle pur importantissime 'programmazione locale, concertazione e coordinamento' del glossario PNRR, poiché quella norma ne estende le competenze anche a 'realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS'. Anche negli strumenti operativi del PNRR, dunque, per quanto riguarda l'ATS permane più di un disallineamento tra desiderio e realtà.

La **Legge di Bilancio 2021** (Legge 178/2020) disciplina ai commi dal 797 a 802 l'introduzione di un inedito Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali definito dal rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente. Lo standard fissato è pari a 1:5.000 ab. per ogni ambito territoriale, non per ogni amministrazione comunale, così come l'ulteriore obiettivo di servizio è individuato nel rapporto 1:4.000 ab.

Legge 178/2020 - Articolo 1, comma 797. Al fine di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, gestiti in forma singola o associata, e, contestualmente, i servizi di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, nella prospettiva del raggiungimento, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, di un livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali 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, è attribuito, a favore di detti ambiti, sulla base del dato relativo alla popolazione complessiva residente ...

Anche se le funzioni pubbliche relative ai servizi sociali territoriali sono di competenza comunale, dei 7.894 singoli comuni italiani, la misura nazionale è tarata sulla popolazione complessiva degli ambiti territoriali sociali e mette in capo agli ATS diversi compiti di amministrativi: la trasmissione annuale del prospetto riassuntivo che indica, per il complesso dell'ambito e per ciascun comune, il numero medio di assistenti sociali in servizio nell'anno precedente e la loro suddivisione per area di attività; il recepimento, la gestione e la suddivisione del contributo ai comuni che ne fanno parte ed eventualmente all'ambito stesso; l'eventuale procedimento di assunzione conseguente e la rendicontazione del contributo ricevuto.

Il **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026** è colmo di riferimenti all'Ambito Territoriale Sociale che di fatto viene posto come il vero interlocutore locale delle azioni di programmazione nazionale, il riferimento delle politiche non è più verso le amministrazioni comunali titolari della funzione ma verso l'ambito territoriale sociale (come se avesse una personalità giuridica propria in virtù di una norma nazionale di carattere generale). Il Piano nazionale contiene due dispositivi di settore: il Piano sociale nazionale 2024-2026 e il Piano per il contrasto alla povertà 2024-2026. Il paragrafo 1.5 riporta le priorità trasversali ai due piani di settore, che al punto 4 identificano chiaramente il processo di rafforzamento degli ATS in relazione all'attuazione dei LEPS.



PT.4. Rafforzamento della gestione associata e della infrastruttura organizzativa degli ATS per l'attuazione dei LEPS. È indispensabile promuovere e sostenere l'adozione, da parte dei Comuni, di forme stabili e strutturate di gestione associata dei servizi sociali, con 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. Dotando gli ATS di personale tecnico e amministrativo, direttamente o attraverso l'utilizzo di Enti strumentali di cui al D.lgs. 267/2000 e al D.lgs. 207/2001, nella misura necessaria allo svolgimento di tutte le funzioni richieste, sarà possibile garantire uno stabile servizio di programmazione, gestione, erogazione, monitoraggio e valutazione degli interventi nell'ambito dei servizi sociali.

Oltre ai riferimenti di ordine generale per la costruzione dei sistemi locali, il Piano riporta innumerevoli richiami agli ATS che riguardano azioni specifiche, tra cui: le tre linee di indirizzo nazionali, il servizio multifunzionale per preadolescenti e adolescenti, l'equipe territoriale, la misura PIPPI, il centro/servizio per l'affido familiare, i patti educativi di comunità, il segretariato sociale, i servizi care leavers, il pronto intervento sociale, i sostegni ai beneficiari ADI e in condizioni simili.

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 è centrato sulla programmazione dei LEPS definiti alla Legge 234/2021, articolo 1, comma 162, che riguarda i servizi domiciliari, di sollievo e di supporto erogati dagli ATS per le persone non autosufficienti. Il Piano definisce anche un LEPS di processo riferito al percorso assistenziale integrato e composto da cinque macrofasi – accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute – e sorretto da un accordo interistituzionale da stipulare tra l'ATS e il distretto.

Accordo Interistituzionale. Riguarda la realizzazione nell'ambito territoriale del LEPS di processo 'Percorso assistenziale integrato', ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun ambito territoriale, l'Accordo può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili.

L'intero Piano è riferito agli Ambiti territoriali sociali inseriti in una logica di governance multilivello e focalizzati sul rapporto tra la Legge 234/2021 e il DM 77/2022, che vede un cardine dell'integrazione strutturale nella Casa della Comunità e nel Punto Unico di Accesso. Al momento della scrittura di questo articolo, sono in corso le concertazioni istituzionali per l'approvazione del PNNA 2025-2027 per le persone con disabilità e non autosufficienza, che recepisce il D.Lgs. 62/2024, e del PNNA 2025-2027 per le persone anziane non autosufficienti, che recepisce il D.Lgs. 29/2024.

L'articolo 24 del D.Lgs. 147/2017 istituisce il Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS), e il comma 3, lettera b) individua una sua articolazione nel Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS). Il **DM 103/2019** istituisce il SIOSS composto da una Banca dati dei servizi attivati e una Banca dati delle professioni e degli operatori sociali. All'articolo 6, comma 5, è inoltre previsto il suo utilizzo anche per il monitoraggio dei Fondi nazionali.

DM 103/2019 - Articolo 9, comma 5. Sono altresì avviati specifici moduli per il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse dei Fondi nazionali per il finanziamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali, i cui contenuti informativi sono individuati nei Piano di cui all'art. 21, comma 6, del decreto legislativo 147 del 2017, ovvero nei rispettivi decreti di riparto.

L'unità di rilevazione del SIOSS è l'Ambito territoriale sociale, non i singoli comuni titolari della funzione sociale. Oltre a costituire la prima banca dati nazionale degli ATS, il SIOSS nel corso del



tempo si è trasformato in una piattaforma multifondo per la programmazione e la rendicontazione dei Fondi nazionali, sempre in relazione agli ATS. Il passaggio del comma 5 e la coerente costruzione dei programmi nazionali di finanziamento, hanno di fatto assegnato agli ATS dei relevantissimi compiti amministrativi e contabili in riferimento alla programmazione, gestione e rendicontazione dei piani e dei fondi in tutti i settori dei servizi sociali.

Da anni sono in corso varie misure di rafforzamento degli ambiti territoriali sociali, dapprima hanno interessato esclusivamente l'area professionale mentre ultimamente si sono spinte anche sull'area amministrativa e contabile. Le prime possibilità di assunzione riguardavano figure di Assistente Sociale a tempo determinato, poi l'introduzione del LEPS basato sul rapporto di un Assistente Sociale ogni 5.000 ab. ha segnato il passaggio al rafforzamento degli ATS tramite assunzioni a tempo indeterminato. Infine il **PN Inclusione e lotta alla povertà 2021–2027** ha previsto il reclutamento di 3.839 unità di personale per l'assunzione, con contratto di lavoro a tempo pieno e determinato per la durata di tre anni, da parte degli Ambiti territoriali sociali (ATS) tramite un bando di concorso nazionale approvato del D.D. 159/2025.

D.D. 159/2025 - Articolo 1. La presente procedura concorsuale è finalizzata a sostenere il miglioramento dell'accessibilità e della qualità dei servizi sociali ai cittadini, per ridurre disuguaglianze e disparità territoriali dell'offerta attraverso interventi orientati al rafforzamento strutturale della capacità degli Ambiti territoriali sociali e al miglioramento di livelli e qualità di presa in carico. Per il raggiungimento di tale obiettivo, occorre procedere all'assunzione di figure professionali con conoscenze e competenze sociali, socio-pedagogiche e psicologiche per la costituzione di équipe multidisciplinari per la presa in carico e l'accompagnamento sociale dei destinatari del servizio.

L'iniziativa è finanziata con 545 milioni di euro, si inserisce nel quadro delle azioni che mirano a rafforzare in modo strutturale la capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, in un'ottica di integrazione tra i livelli di governo e nel rispetto del principio di sussidiarietà. Le assegnazioni hanno riguardato 540 Ambiti territoriali sociali, così ripartite tra i vari profili professionali: 873 funzionari amministrativi; 736 funzionari contabili; 979 funzionari psicologi; 954 funzionari educatori socio-pedagogici; 297 funzionari pedagogisti.

2.3. Le Linee guida ATS e i Livelli essenziali delle prestazioni sociali

Già in precedenza si è accennato alle Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli ATS per l'attuazione dei LEPS, come strumento nazionale per il rafforzamento della capacità associativa degli ambiti territoriali sociali che prende origine dalla Legge 234/2021, comma 161.



Dopo quasi due anni e mezzo di lavoro tecnico e tanti passaggi di concertazione, il **Decreto Interministeriale 24 giugno 2025** approva le Linee guida, un documento composto da quattro capitoli:

Capitolo 1. Introduzione - 1.1 Presentazione del documento - 1.2 I LEPS nella legge di bilancio 234/2021 | Capitolo 2. Profili e forme giuridiche per la gestione associata di funzioni e servizi sociali - 2.1 Il ruolo dei Comuni e dell'Ambito Territoriale Sociale - 2.2 Le forme associative e gli enti strumentali | Capitolo 3. Modelli organizzativi per la gestione associata dei servizi - 3.1. Funzioni di coordinamento e la governance - 3.2. Funzioni di pianificazione e di programmazione - 3.3. L'erogazione



*degli interventi e dei servizi - 3.4. La gestione del personale nelle forme associative |
Capitolo 4. Indirizzi e orientamenti in materia di gestione associata dei servizi per
l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni - 4.1 Indicazioni di fondo - 4.2 Azioni
di sistema per il rafforzamento e l'armonizzazione degli ATS*

Dopo una breve elencazione dei LEPS, il documento offre una rassegna delle forme giuridiche per l'esercizio associato delle funzioni comunali e in particolare modo della funzione di assistenza sociale. Evidenzia anche alcuni ragionamenti intorno alle dimensioni della governance, programmazione, erogazione e personale. Il documento si chiude con gli 'impegni' presi dai livelli statali, regionali e locali per sostenere il rafforzamento del sistema.

La rassegna delle forme giuridiche per la gestione associata presente nelle Linee Guida non considera le forme speciali previste dalle normative regionali, nell'analisi mancano quindi sia gli assetti delle Province autonome di Trento e Bolzano, sia le Società della Salute e le Convenzioni Sociosanitarie della Toscana.

Il Capitolo 4 '**Indirizzi e orientamenti in materia di gestione associata dei servizi per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni**' costituisce la parte pro-attiva delle Linee Guida. È basato sulla definizione di un percorso di lavoro condiviso e partecipato tra Stato, Regioni e Autonomie Locali, finalizzato ad attenuare i rischi di frammentazione degli interventi a garanzia e tutela dei diritti dei cittadini.

*Linee Guida - Punto 4.2. il percorso di rafforzamento dell'ATS parte da una netta distinzione tra le **funzioni di pianificazione e di programmazione** in capo al livello di governo politico-istituzionale che opera attraverso specifici organismi, variamente denominati (comitato dei sindaci, assemblea/conferenza dei sindaci, coordinamento istituzionale) e funzioni più prettamente gestionali finalizzate alla **erogazione degli interventi e dei servizi** sulla base degli indirizzi e degli obiettivi contenuti negli atti di pianificazione e di programmazione in capo invece alla struttura tecnico-sociale e amministrativa, coordinata da una specifica figura apicale di livello dirigenziale, laddove possibile, o comunque da figura di responsabile di posizione organizzativa ferme restando le essenziali necessità di un coordinamento costante.*

Il passaggio chiave per la relazione tra l'ATS e l'esercizio associato della funzione sociale è descritto al Punto 4.2. delle linee guida e riguarda l'articolazione tra il '**momento programmatico**' e il '**momento erogativo**'. Rappresenta un tema fondamentale che andrebbe sviluppato con molte e approfondite riflessioni, qualcosa è proposto al paragrafo 2.3.3.

Le linee guida individuano **34 orientamenti operativi e impegni** per sostenere il rafforzamento delle capacità gestionali, amministrative e finanziarie del sistema territoriale dei servizi sociali. Si ricercano forme di programmazione condivisa, gestione integrata dei servizi e coordinamento tra i servizi sociali e le altre organizzazioni competenti per l'inserimento lavorativo, l'istruzione e la formazione, le politiche abitative e la salute, finalizzati alla realizzazione di un'offerta integrata di interventi e di servizi.

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - 9 impegni
- Regioni - 14 impegni
- Comuni - 5 impegni
- ATS - 8 impegni

Occorre ancora sottolineare come, nelle intenzioni del MLPS, i 34 impegni siano finalizzati al rafforzamento della gestione associata degli ATS in attuazione degli interventi di cui ai commi dal 159 al 171 della legge 234/2021, al fine di garantire l'omogeneità del modello organizzativo e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS.

Il rapporto tra ATS e LEPS rappresenta appunto uno degli elementi che necessita di una ulteriore riflessione, a questo scopo potrebbe essere utile basarsi su un piccolo percorso logico da svolgere in



tre tappe: cosa sono i LEPS in questo momento, qual è il rapporto tra i LEPS e la Funzione fondamentale di assistenza sociale, qual è il rapporto tra gli ATS e i LEPS.

2.3.1. Cosa sono i LEPS in questo momento

La Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021), presenta al comma 159 una definizione dei LEPS che può essere decostruita in quattro punti:

- Sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione;
- in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 328/2000;
- i LEPS sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale;
- e sono finalizzati a garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Art. 117 della Costituzione. Comma primo: 'La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali'. Comma secondo: 'Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale'.

Legge 328/2000 - Art. 1, comma 1. 'La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.'

Art. 2, comma 2. 'Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità ...'

Come è noto il processo di definizione dei LEPS è ripreso nel 2017 ed è tuttora in corso. Al momento sono state normate 16 'Denominazioni di attività LEPS', che però si trovano in condizioni molto diverse tra loro per quanto riguarda l'effettiva specificazione dei rispettivi contenuti, destinatari, parametri, dotazioni, finanziamenti¹⁷.

Per quanto riguarda le molte azioni messe in campo dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, è da evidenziare il **gruppo di lavoro** istituito dal D.D. 267/2023 con il compito di definire criteri e indicatori specifici per il monitoraggio delle diverse tipologie di prestazione assistenziale ricomprese nei LEPS; che ha generato le modifiche al sistema SIOSS recate dal DM 44/2025. Mentre, per quanto riguarda le azioni di più ampio coinvolgimento interministeriale e interistituzionale, vanno segnalati il cosiddetto **DDL Delega LEP** collegato ai processi dell'Autonomia Differenziata che riguarda l'azione statale sui Livelli Essenziali delle Prestazioni, e le previsioni della Legge di Bilancio 2026 (L. 199/2025), commi 699 e 700, che riguardano la nascita del **Sistema di Garanzia LEPS**.

2.3.2. Il rapporto tra i LEPS e la funzione fondamentale di Assistenza Sociale

I LEPS dunque costituiscono una materia ancora in formazione iniziale, con le 16 attività individuate finora che presentano differenti gradi di maturazione, mentre si è aperta una sconfinata elaborazione che riguarda la materia dei LEP in riferimento al processo di Autonomia differenziata e, per i LEP del Sociale, è stato avviato un Sistema nazionale di garanzia.

¹⁷ Il quadro analitico più aggiornato in materia è stato composto da Franco Pesaresi con la sua, eccellente e inestimabile, serie di articoli pubblicati su Welforum lungo tutto il 2025.



Anche se la materia dei LEPS è solo ai suoi primi passi, un contenuto tuttavia è certo: quando si parla di LEP del Sociale ci si riferisce ad attività (interventi, servizi, prestazioni) inerenti la funzione fondamentale di Assistenza Sociale.

Come già accennato in precedenza, dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 è scaturita la cosiddetta 'articolazione verticale' dei poteri di governo amministrativo lungo l'asse Stato-Regioni-Comuni. A ogni livello di governo amministrativo corrisponde un insieme di Funzioni Fondamentali; e ogni livello di governo amministrativo è dotato, a regime, di un insieme di entrate autonome che copre interamente la realizzazione delle funzioni di competenza. A questo servono i famosi 'costi e fabbisogni standard', a costituire le basi concrete e misurabili per sancire questo rapporto tra singola Funzione e relativo Finanziamento, in modo da quantificarne il valore economico e tarare le conseguenti entrate a copertura.

Nell'elenco delle **funzioni fondamentali** di competenza delle Amministrazioni Locali, disciplinate dal DL 78/2010 e successive modificazioni, sono ricomprese nove materie tra cui la 'Progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali e l'erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo 118, quarto comma, della Costituzione'¹⁸. Le Amministrazioni locali devono obbligatoriamente svolgere le proprie funzioni fondamentali, non è più possibile 'delegarle', e possono farlo in forma singola o associata senza frazionare la funzione. Le forme con cui è possibile svolgere l'esercizio associato delle funzioni sono regolate dal Testo Unico degli Enti Locali.

Quando si definisce un LEPS, dunque, si interviene su un'attività (interventi, servizi, prestazioni) che rappresenta **uno dei contenuti della Funzione fondamentale di Assistenza Sociale** così come definito al DL 78/2010 e normative successive. Il LEPS tratta di uno dei tanti contenuti della funzione, ma che da quel momento viene legato ai diritti civili e sociali in forza dell'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione; di conseguenza deve essere garantito su tutto il territorio nazionale e, in caso di bisogno accertato e valutato, diventa un diritto soggettivo di cui assicurare l'esigibilità.

Emerge quindi il **rapporto indissolubile** tra la definizione dei LEPS e l'esercizio completo della Funzione fondamentale di Assistenza Sociale in riferimento alla sua interezza (il nomenclatore CISIS 2013 riporta 55 voci), all'insieme delle sue forme di finanziamento, alla sua modalità di esercizio e al suo assetto organizzativo. È all'interno di questo inevitabile rapporto che va posto il tema della determinazione dei contenuti concreti e analitici dei LEPS per rispondere a queste domande: cosa si eroga, a chi si eroga, quanto costa.

2.3.3. Il rapporto tra gli ATS e i LEPS

La lettura incrociata dei LEPS con l'esercizio della funzione di assistenza sociale, fa emergere i Livelli essenziali come una sorta di '**sezioni auree**' della funzione a cui si riferiscono. Un insieme di attività messe in evidenza rispetto alle altre, per cui le normative nazionali definiscono un regime speciale legato a una lettura costituzionalmente orientata (per ora 16 attività LEPS su 55 del nomenclatore, anche se la versione del 2013 ha assoluto bisogno di un aggiornamento).

Nel momento in cui la Legge di Bilancio 2022 introduce in legame tra ATS e LEPS, di conseguenza porta anche l'ambito territoriale nel circuito che lega l'esercizio della funzione sociale con l'esigibilità dei diritti civili e sociali. Difatti il comma 160 recita: '... i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) ... che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi ... '.

In Italia sono stati definiti circa 600 ambiti rispetto a 7.896 comuni, il 70% dei quali è sotto i 5.000 ab. mentre le città con più di 60.000 ab. sono solo 98, la maggior parte degli ATS è quindi formato da più comuni. Se le funzioni principali assegnate all'ATS sono quelle di programmare, coordinare,

¹⁸ DL 95/2012 - Art. 19 - Funzioni fondamentali dei comuni e modalità di esercizio associato di funzioni e servizi comunali. [segue elenco completo delle funzioni a), b), c), d), e), f), g), h), i), l)]



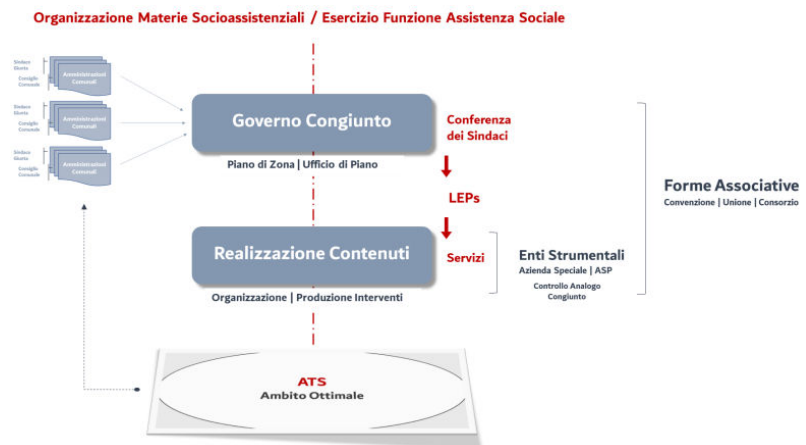
realizzare e gestire le attività per il raggiungimento dei LEPS; ne consegue che per svolgere queste azioni amministrativamente efficaci per più comuni ricompresi nell'ambito, è necessario accedere all'attivazione dell'**esercizio associato**.

Per questa strada l'ATS potrà finalmente uscire dalla dimensione 'grigia' in cui era stato posto dalla Legge 328, in cui la sua reale efficacia amministrativa è stata lasciata molto in secondo piano, per guadagnare un **ruolo chiave** nella costruzione dei sistemi integrati di interventi e servizi sociali. L'ATS svolge un ruolo sia di programmazione che di realizzazione di quei LEPS che corrispondono a una sorta di 'sezione aurea' della funzione di assistenza sociale di competenza comunale. Anche se in realtà sarebbe molto più corretto scrivere: i comuni ricompresi nell'ATS svolgono la programmazione e la realizzazione dei LEPS secondo le modalità dell'esercizio associato della funzione sociale. E a questo punto tutta la costruzione istituzionale multilivello degli ATS cambia radicalmente di senso.

In linea generale è possibile individuare **due 'momenti' fondanti** la gestione associata:

- A. Il momento del governo congiunto (governance).** La Conferenza dei Sindaci di ambito si configura finalmente come l'organismo congiunto dell'esercizio associato, che riunisce le responsabilità esecutive delle amministrazioni locali afferenti allo stesso ATS, recuperando finalmente una base amministrativamente efficace per le funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento. La normativa nazionale di settore individua nel Piano di Zona lo strumento di programmazione dell'ambito, e l'ufficio di piano come la struttura tecnica preposta.
- B. Il momento realizzativo dei contenuti.** Una volta definiti gli obiettivi e i contenuti dell'esercizio associato secondo la programmazione, è possibile attivare la realizzazione degli interventi di ambito attuando le funzioni di organizzazione, produzione ed erogazione. Anche in questo caso l'esercizio associato fornisce la base indispensabile affinché gli atti gestionali abbiano efficacia per l'insieme delle pubbliche amministrazioni coinvolte¹⁹.

Anche se i due 'momenti' principali che compongono l'esercizio associato della funzione sembrano in apparenza così semplici, da più di trenta anni è in corso una infinita discussione circa i principi, le finalità, le forme e gli strumenti che ne permettono lo svolgimento. Nel corso del tempo si sono susseguite varie stagioni normative – e anche varie



mode – che hanno stratificato esperienze, interessi, aspirazioni, immaginazioni, produzioni di vario genere e spessore. In questo momento, nella disciplina nazionale esistono **tre forme per l'esercizio associato delle funzioni comunali**: Convenzioni, Consorzi (ancora possibili nel caso della funzione di assistenza sociale), Unione di Comuni²⁰. In alcune regioni restano ancora attive le Comunità Montane²¹.

¹⁹ Linee-guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, pag. 8-9. Il tema dei due 'momenti' che compongono lo svolgimento dell'esercizio associato, con i rispettivi contenuti fondamentali, è stato sviluppato da Carlo Paolini di Anci Toscana per il sistema toscano delle Società della Salute e delle Convenzioni Sociosanitarie già negli anni 2014-2017.

²⁰ D.Lgs. 267/2000, Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali (TUOEL) - Articoli 30, 31 e 32.

²¹ D.Lgs. 267/2000, Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali (TUOEL) - Articolo 27.



Da queste forme associative che fanno riferimento al Capo V del TUEL, vanno distinti gli **enti strumentali** dell'ente locale come l'azienda speciale e l'istituzione²². In particolare, l'azienda speciale è dotata di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e di proprio statuto approvato dal consiglio comunale, e si iscrive al registro delle imprese della camera di commercio. Si tratta di uno strumento che non può svolgere l'esercizio associato della funzione, ma è pensato esclusivamente per la gestione dei servizi. Nella loro versione consortile le aziende speciali possono svolgere un ruolo nella produzione di interventi del sistema dei servizi di ambito, a condizione però che la stessa azienda speciale consortile sia riconosciuta come ente strumentale da parte di tutti i comuni dell'ATS, e che questo ente strumentale non sia confuso con una forma associativa in grado di svolgere l'intera funzione fondamentale di assistenza sociale.

²² D.Lgs. 267/2000, Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali (TUOEL) - Articolo 114.

3. Alcune questioni aperte in Toscana

Nel panorama nazionale l'assetto territoriale toscano rappresenta indubbiamente un esempio unico e molto particolare. Basato su un lungo percorso di integrazione strutturale e sistemica, ha cercato di trovare quei cardini fondamentali su cui costruire un impianto permanente e continuativo di integrazione trattando contemporaneamente gli aspetti istituzionali, direzionali e programmatori, multiprofessionali, gestionali, comunitari.

Il processo di costruzione del cosiddetto modello toscano ha portato a un articolato e completo assetto di governance istituzionale multilivello, a due forme associative molto particolari e uno strumento di programmazione zonale unico nel suo genere come il piano integrato di salute.

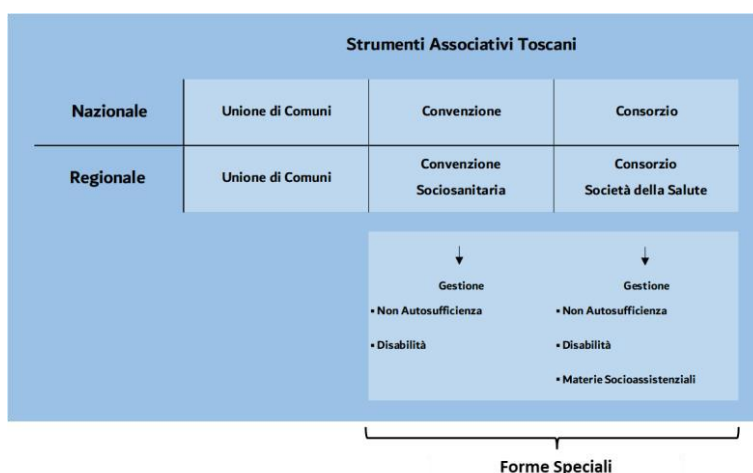
Anche se la sua dinamica pluridecennale non è stata certamente lineare, ma caratterizzata da sperimentazioni, consolidamenti, oscillazioni, pause, riprese, stalli; nel suo insieme **l'assetto territoriale toscano rappresenta un indubbio vantaggio** rispetto a tantissime altre esperienze regionali. Il sistema ZD-SdS-CS-PIS risulta fondamentale proprio nell'affrontare passaggi così profondi come quelli delineati dalle ultime normative nazionali per gli Ambiti territoriali sociali e i Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Un vantaggio potenziale da comprendere, rafforzare e sviluppare. A questo scopo è forse utile avanzare qualche riflessione attraverso un ribaltamento del consueto punto di vista, per andare a osservare l'assetto territoriale toscano attraverso le lenti dell'ATS nazionale. Come è emerso nel secondo capitolo, le normative nazionali degli ultimi anni sugli Ambiti Territoriali Sociali rendono necessarie alcune prime considerazioni che riguardano l'effettivo sviluppo degli ATS in riferimento alle Società della Salute e alle Convenzioni Sociosanitarie, il loro rapporto con i LEPS, le evoluzioni effettivamente raggiunte dai sistemi territoriali integrati.

3.1. Le forme associative toscane e gli ATS

Il riordino del sistema sociosanitario operato in Toscana nel 2014 ha stabilizzato l'impianto regionale attraverso la conferma del consorzio Società della Salute e l'introduzione della Convenzione Sociosanitaria, entrambi articolati sulla base degli ambiti territoriali della zona-distretto. Sostanzialmente si tratta della definizione di due forme associative speciali che integrano gli strumenti nazionali riservati alla partecipazione delle sole amministrazioni comunali, aprendoli anche alle aziende sanitarie locali.

Queste **forme associative speciali** rispondono all'esigenza di un approccio sistemico e strutturale all'integrazione poiché si basano sulla costruzione di forme istituzionali permanenti, in grado di dare continuità all'azione amministrativa e di fornire una piattaforma per promuovere e regolare vaste interazioni che coinvolgono a pieno titolo le professionalità, le risorse, i processi assistenziali, gli assetti organizzativi, le modalità gestionali, le programmazioni e i processi partecipativi sia delle amministrazioni comunali che delle aziende sanitarie.

Rispetto ai 28 ambiti zionali toscani, in 15 ambiti è attivo il consorzio Società della Salute e in 12 ambiti è stata stipulata la Convenzione Sociosanitaria, mentre un ambito attualmente è in transizione essendo stata sciolta la SdS ma non ancora stipulata la CS²³.



²³ Paragrafo ripreso e integrato dall'introduzione al Rapporto sul Servizio Sociale 2020/2021 dell'Osservatorio Sociale Regionale.

3.1.1. Società della Salute

La Società della Salute è ente di diritto pubblico, costituita in forma di consorzio e dotata di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso cui la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate²⁴. L'assemblea dei soci assorbe le competenze della Conferenza Zonale Integrata, la SdS svolge la propria attività mediante assegnazione diretta delle risorse, il suo direttore è anche il direttore di zona-distretto.

La società della salute esercita **cinque funzioni**:

- A. Indirizzo e programmazione strategica dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'assistenza sociale
- B. Programmazione operativa dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'assistenza sociale
- C. Organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie individuate dal piano regionale
- D. Organizzazione e gestione delle attività socioassistenziali
- E. Controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi.

Dal punto di vista delle forme associative, la società della salute è un consorzio pubblico di funzioni composto dai comuni afferenti allo stesso ambito zonale e dalla relativa azienda sanitaria locale. Le funzioni A, B, E sono esercitate direttamente dalla società della salute, tramite le proprie articolazioni organizzative. La gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall'azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative della zona-distretto, in attuazione della programmazione operativa e attuativa annuale delle attività. Secondo le previsioni della LRT 11/2017, la gestione diretta delle **funzioni C e D** è regolata dal Piano Sanitario e Sociale Regionale 2018-2020 che ne definisce i contenuti:

- **Funzione C.** Le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori **Anziani e Disabili**; nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata.
- **Funzione D.** L'intero complesso delle **attività di assistenza sociale** individuate dal nomenclatore regionale.

In prima disciplina la **gestione diretta** doveva essere realizzata entro il 1.1.2021, termine poi rinviato al 31.12.2021. La gestione diretta deve essere realizzata con le strutture proprie della SdS; è possibile avvalersi delle funzioni di uno degli enti consorziati ma solo per i servizi amministrativi e contabili di supporto. Per la Funzione C, in fase di primo avvio della gestione associata è possibile attivare la gestione diretta tramite l'assegnazione di budget²⁵.

Per quanto riguarda il rapporto tra SdS toscane e ATS nazionali, quindi, si può facilmente affermare che **sono interamente soddisfatti** i due 'momenti' cardine dell'esercizio associato: il momento del governo congiunto, perché l'Assemblea dei soci SdS assorbe interamente le funzioni della Conferenza dei sindaci di ambito; e il momento realizzativo dei contenuti, perché il consorzio pubblico SdS gestisce in forma diretta l'organizzazione, la produzione e l'erogazione di tutte le attività socioassistenziali. Sempre che tutte le Società della Salute abbiano effettivamente attivato in modo integrale la gestione diretta delle materie sociosanitarie.

²⁴ LRT 40/2005 - Articolo 71 bis, comma 2.

²⁵ DCC 73/2019 'PSSIR 2018-2020' - Allegato A, pag. 179-185 e pag. 187-190. Il PSSIR 2018-2020 assolve alle funzioni individuate al comma 4 dell'articolo 7 della LRT 11/2017, attraverso il capitolo 'Il ruolo della zona distretto e il suo assetto', coordinato con il capitolo successivo 'Programmazione multilivello e strumenti di integrazione'.

3.1.2. Convenzione Sociosanitaria

La Convenzione Sociosanitaria è l'altra forma associativa speciale attiva in toscana, è stipulata dai comuni afferenti allo stesso ambito zonale e dalla relativa azienda sanitaria locale. Costituisce lo **strumento istituzionale per l'esercizio associato delle funzioni di integrazione sociosanitaria**, su base volontaria può essere utilizzata anche per l'esercizio associato di tutte le materie socioassistenziali. L'articolo 70 bis della LRT 40/2005 definisce la Convenzione Sociosanitaria (CS) come la forma associativa di cui all'articolo 30 del TUOEL ma, in modo analogo al consorzio SdS, ne disciplina la specialità individuando tra i soggetti aderenti anche l'azienda sanitaria locale:

- Negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le società della salute, le attività relative all'integrazione sociosanitaria sono attuate attraverso apposita convenzione.
- La convenzione è stipulata da tutti i comuni, ovvero dalle unioni dei comuni, della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio.
- La responsabilità della gestione è attribuita all'azienda unità sanitaria locale per delega. La struttura gestionale e operativa è individuata dalla legge regionale nella zona-distretto.
- La convenzione può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni socioassistenziali, questa possibilità viene attivata volontariamente dai comuni.

La legge regionale ha impegnato la Giunta regionale a elaborare un apposito schema-tipo per la predisposizione della convenzione che è stato oggetto della delibera DGR 229/2015 successivamente aggiornata dalla DGR 886/2021, a cui ha fatto seguito la DGR 970/2025 che reca gli allegati obbligatori allo schema-tipo. Nello schema-tipo si definisce che:

- A. La Convenzione è lo strumento per l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria. A questo scopo definisce gli impegni degli enti aderenti e disciplina in particolare i contenuti dell'integrazione sociosanitaria, e la realizzazione di servizi sanitari a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria ex art. 3septies, comma 2 e 4 del d.lgs. 502/1992.
- B. Nel caso di attivazione volontaria da parte delle Amministrazioni locali, la Convenzione svolge anche l'esercizio associato della funzione fondamentale concernente la progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali con l'erogazione delle relative prestazioni ai cittadini.

Attraverso la Conferenza zonale integrata, **gli ambiti zionali possono scegliere** di attivare lo strumento per l'integrazione che meglio corrisponde ai bisogni delle proprie comunità e allo sviluppo del sistema integrato dei servizi, attivando la Società della Salute o la Convenzione Sociosanitaria.

Riassumendo il rapporto tra le forme associative speciali attive in toscana e le norme nazionali che interessano gli Ambiti territoriali sociali, è possibile dunque evidenziare **cinque distinte casistiche**:

- A. Le Società della Salute che hanno attivato pienamente la gestione diretta delle attività socioassistenziali, in questo caso il consorzio speciale svolge pienamente l'esercizio associato delle funzioni sia per il momento di governo congiunto che per il momento realizzativo dei contenuti.
- B. Le Società della Salute che hanno attivato solo parzialmente la gestione diretta delle attività socioassistenziali, in questo caso il consorzio speciale svolge pienamente l'esercizio associato delle funzioni solo per il momento di governo congiunto.
- C. Le Convenzioni Sociosanitarie riferite alle sole materie integrate della non autosufficienza e della disabilità, in questo caso la forma associata speciale svolge l'esercizio associato delle funzioni sia per il momento di governo congiunto che per il momento realizzativo dei contenuti ma solo per le attività sociali a rilevanza sanitarie di competenza.
- D. Le Convenzioni Sociosanitarie che oltre alle materie integrate della non autosufficienza e della disabilità hanno esteso la convenzione anche a tutte le materie socioassistenziali, in questo caso la forma associata speciale svolge pienamente l'esercizio associato delle funzioni sia per

il momento di governo congiunto che per il momento realizzativo dei contenuti anche per le attività socioassistenziali.

- E. Ambiti territoriali in cui è attiva sia una Convenzione Sociosanitaria nelle aree della non autosufficienza e della disabilità che una forma associata di ambito per le attività socioassistenziali tramite l'unione di comuni o la convenzione del TUOEL.

Dal punto di vista degli ATS nazionali, in Toscana **emerge quindi una composizione a mosaico** in cui una parte degli ambiti territoriali sviluppano un completo svolgimento associato della funzione, oltretutto estremamente potenziato da un maturo assetto di integrazione sociosanitaria e di relazione strutturata con il distretto sanitario. È questa una condizione che coinvolge sia la maggior parte delle SdS che una parte minoritaria delle CS. Negli altri casi invece emergono numerosi punti di riflessione, perché lo svolgimento associato delle funzioni sociali è ancora frammentato, seppure in misura diversa tra le SdS non in gestione diretta completa – che comunque esercitano unitariamente il momento del governo congiunto – e le CS non estese al sociale.

3.2. L'Organizzazione dei LEPS

Per quanto riguarda la nuova funzione di grande pregio e impegno affidata agli ATS dalla Legge 234/2021 in relazione ai LEPS, seguendo le considerazioni generali già esposte nel paragrafo 2.3. è possibile individuare **quattro elementi di riflessione**: la questione dell'ambito ottimale, il rapporto tra la realizzazione dei LEPS e l'intera funzione fondamentale di assistenza sociale, l'articolazione dei LEPS, il rapporto tra LEPS e LEA nell'integrazione sociosanitaria.

3.2.1. Ambito Territoriale Ottimale

L'esercizio associato di una qualsivoglia funzione comunale viene svolta in riferimento al cosiddetto 'ambito territoriale ottimale', definito dalla normativa specifica che ogni regione è chiamata a produrre.

TUOEL - Articolo 33, comma 2. Al fine di favorire l'esercizio associato delle funzioni dei comuni di minore dimensione demografica, le regioni individuano livelli ottimali di esercizio delle stesse, concordandoli [con le collettività locali] nelle sedi concertative.

Le principali normative toscane in materia fanno riferimento alla LRT 68/2011 e conseguenti dispositivi attuativi. Nel corso del lungo e complesso processo di sviluppo del cosiddetto modello toscano descritto nei paragrafi iniziali, molto impegno è stato profuso nel **coordinare le norme** regionali generali sull'esercizio associato delle funzioni comunali con le normative dei settori sanitario e sociale (LRT 40 e 41 del 2005).

Il primo cardine del reciproco coordinamento tra i due corpi normativi riguarda appunto la definizione dell'ambito territoriale ottimale per le funzioni di integrazione e per le funzioni del sociale. Per questo motivo i relativi articoli delle leggi 40 e 41 riportano precisi riferimenti in materia.

LRT 40/2005 – Art. 64, comma 1. La zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

LRT 41/2005 - Art. 33, comma 1. Le zone-distretto, di cui all' articolo 64, comma 1, della l.r. 40/2005, costituiscono gli ambiti territoriali per l'integrazione socio sanitaria, per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, nonché gli ambiti territoriali di dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.

La combinazione tra questi due articoli, complementari tra loro, costituisce la **base su cui è eretto l'intero sistema integrato del modello toscano** e trova piena efficacia in una lettura combinata con la LRT 68/2011 e successive modificazioni.

Rispetto alla nuova prospettiva nazionale assegnata agli ambiti territoriali sociali, il passaggio toscano che riguarda la formulazione dell'ATS come 'ambito ottimale per l'esercizio associato della funzione sociale' riveste un ruolo fondante e non aggirabile in alcun modo. Nel disinteresse e nella disattenzione generale, la Toscana si è dotata da tempo di questo cardine fondamentale con le riforme del 2014 coordinando tra loro le normative sociali, sanitarie e associative; sarebbe interessante sapere quante altre normative regionali hanno fatto o stanno facendo un'azione analoga.

3.2.2. LEPS e Funzione Sociale

Come descritto in precedenza le attività definite LEPS costituiscono una parte del più ampio insieme di attività ricomprese nella funzione fondamentale di assistenza sociale; più correttamente nel mondo delle funzioni pubbliche è uso parlare dei 'contenuti di una funzione'. I LEPS dunque sono **contenuti della funzione di assistenza sociale** che le normative nazionali legano ai diritti civili e sociali, e di conseguenza devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. In caso di bisogno accertato e valutato, per i singoli cittadini si è in presenza di un diritto soggettivo a cui assicurare piena esigibilità.

Tuttavia i contenuti dei LEPS non possono essere estratti e posti in un regime del tutto separato e isolato, essi continuano a fare parte integrante della funzione sociale che ha le sue regole e condizioni generali di esercizio, in modo analogo a tutte le altre funzioni pubbliche di competenza comunale. La programmazione dei contenuti di ogni funzione è nelle competenze del consiglio comunale, sindaco e giunta, con la determinazione degli obiettivi e la macro-allocazione delle risorse; la definizione degli obiettivi gestionali e delle relative risorse è elaborata dalle strutture tecniche dirigenziali e approvata dalla giunta comunale. In modo analogo si dipanano le competenze circa i regolamenti che disciplinano l'attuazione dei contenuti in cui si concretizza la funzione fondamentale. L'organizzazione comunale apicale, con il segretario comunale e il ragioniere capo, presiede e regola sul piano amministrativo-contabile l'intero ciclo garantendo lo svolgimento di tutte le funzioni e la correttezza e l'equilibrio del bilancio generale dell'ente. Dal punto di vista del singolo comune, dunque, **i contenuti LEPS vanno necessariamente posti in relazione con tutti gli altri contenuti della stessa funzione**, e tutte le funzioni vanno tenute insieme nell'andamento organizzativo generale dell'ente e nella gestione complessiva del suo bilancio.

Questo stesso regime va trasposto nell'eventuale esercizio associato che coinvolge più enti locali nello svolgimento della medesima funzione. Da qui nasce quella articolazione in due momenti dello svolgimento associato – momento del governo congiunto e momento realizzativo dei contenuti – che è alla base delle costruzioni toscane ed è stata richiamata anche nelle linee guida nazionali.

Nella realizzazione dei LEPS da parte dell'ATS occorre necessariamente ritrovare gli stessi meccanismi e le stesse dinamiche che caratterizzano il singolo ente comunale: va organizzato sul serio l'esercizio associato; i LEPS vanno realizzati in relazione allo svolgimento della funzione nella sua interezza; l'equilibrio del 'bilancio dell'esercizio associato' diventa un fattore essenziale sia per i contenuti LEPS che per gli altri contenuti della funzione; il 'regolamento dell'esercizio associato' riveste un ruolo determinante per l'esigibilità dei diritti soggettivi legati ai LEPS.

Questo approccio mette in particolare evidenza il rapporto tra i principali fondi nazionali destinati alle attività LEPS e la costruzione sia dei bilanci dei singoli enti locali che compongono un ATS, sia del loro bilancio associato. Così come esige il disegno rigoroso del ciclo programmazione-realizzazione-rendicontazione, con un sistema di monitoraggio molto più evoluto di quelli generalmente adottati e la necessità, ormai imprescindibile, di un vero e concreto sistema informativo in grado di essere posto in relazione con i cicli amministrativi e contabili.

3.2.3. Articolazione dei LEPS

Seppure il percorso di individuazione dei LEPS sia ancora in fase iniziale, in linea generale è possibile individuare **tre diverse tipologie** di Livelli Essenziali delle Prestazioni: LEPS di erogazione, LEPS di processo, LEPS di organizzazione.

LEPS di Erogazione. Si tratta della tipologia più classica e intuitiva, composta da prestazioni da realizzare e mettere a disposizione dei beneficiari. In realtà siamo comunque di fronte a qualche elemento di complessità, perché le casistiche sono variegata e comprendono LEPS riferiti a prestazioni semplici, interventi professionali, servizi, classi di servizi.

LEPS di Processo. Già nel 2017 è emersa una seconda tipologia di LEPS basata sulla unione tra catene di singole prestazioni e percorsi assistenziali dedicati. Il primo esempio è relativo al percorso di accesso e valutazione del REI, di cui si definirono in legge come Livelli essenziali: il sistema dei punti di accesso, il percorso di presa in carico, la valutazione preliminare ed eventuale valutazione multidimensionale nei casi complessi. Impostazione poi riprodotta e consolidata nel 'Patto per l'Inclusione' del RdC. Un esempio più recente è recato dal PNNA 2022-2024 che definisce in modo esplicito un LEPS di processo, ne individua i contenuti in cinque macro-fasi del percorso assistenziale per le persone non autosufficienti e affida la sua realizzazione a un accordo di collaborazione tra ATS e Distretti.

LEPS di Organizzazione. Sempre in occasione della prima scrittura del D.Lgs. 147/2017 è emersa anche la traccia di un possibile LEPS riferito alle condizioni organizzative. Ai tempi del REI l'articolo 23, comma 4 recitava: 'L'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle regioni e province autonome ai sensi del presente articolo, costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili.' Il LEPS tratta contemporaneamente sia contenuti trasversali a diversi settori (allora comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro), sia elementi programmatici di forte impatto che riguardano l'organizzazione degli ambiti territoriali e delle gestioni associate.

Impostazione a cui torna ad avvicinarsi in modo ancora più generale la Legge 234/2021 quando al comma 160 definisce gli ATS come la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS. Quasi a **individuare un precedente elemento organizzativo essenziale e necessario**, che poi permette ai LEPS di erogazione e di processo di trovare effettivamente le loro condizioni indispensabili di appropriatezza e tempestività, omogeneità e uniformità, efficacia ed efficienza²⁶.

Se l'ATS svolge in esercizio associato i LEPS di erogazione e di processo, considerare l'ambito territoriale a sua volta un LEPS di organizzazione aprirebbe una prospettiva sconfinata e inedita di evoluzione dei sistemi sociali nazionali, regionali e locali²⁷.

3.2.4. Rapporto tra LEA e LEPS

Una parte dei LEPS, sia di erogazione che di processo, è legata ai **settori sociosanitari** della non autosufficienza e della disabilità, e in particolare ad alcune delle prestazioni sociali a rilievo sanitario dei due settori. Anche nelle materie della salute mentale, dipendenze patologiche, materno-infantile sono ovviamente presenti prestazioni di questo tipo – sociali a rilievo sanitario – ma al momento in questi campi non sono state definite attività LEPS.

Il riferimento principale per l'integrazione è il **D.Lgs. cosiddetto 'Nuovi LEA' del 2017**, il cui Capo IV è dedicato all'assistenza sociosanitaria e tratta l'insieme delle prestazioni sanitarie a rilievo sociale coniugate con le corrispettive prestazioni sociali a rilievo sanitario. In realtà in questa area non sono stati definiti dei veri e propri elenchi di prestazioni, ma sono state individuate attività e tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità e impegno assistenziale. Rispetto a questa importantissima declaratoria di attività sociosanitarie, che interessano ben otto settori assistenziali e quindici articoli del DPCM²⁸, occorre sottolineare come sia in ambito sanitario sia in ambito sociale le

²⁶ 'La Geografia dei LEPS' di M. Caiola. Welforum 2024.

²⁷ Il Disegno di legge recante delega al Governo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, all'art. 2, comma 1, lettera d), reca il seguente criterio direttivo: [...] prevedere standard organizzativi e di attività, nonché la fissazione delle modalità di erogazione delle prestazioni medesime, ove questi costituiscano condizioni necessarie per garantire omogeneità nella qualità delle prestazioni e uniformità del servizio su tutto il territorio nazionale, nel rispetto dell'autonomia organizzativa degli enti territoriali.

²⁸ DPCM 12.1.2017 'Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.'

normative attuative presentino vari aspetti di debolezza rispetto alla concreta definizione dei Livelli essenziali. Insufficiente definizione normativa a cui va ad aggiungersi l'esigenza di uno strettissimo coordinamento in materia sociosanitaria, dovuto alla necessità di organizzare ed erogare contestualmente attività sanitarie e attività sociali.

Proprio il campo sociosanitario rappresenta uno degli ambiti prioritari su cui si è strutturato il modello toscano, difatti sia le società della salute che le convenzioni sociosanitarie trovano il loro baricentro nella organizzazione e gestione della non autosufficienza e della disabilità. Il tema nevralgico è sempre stato quello della **ricomposizione dei servizi, processi e assetti organizzativi** che afferiscono a catene direzionali, gestionali e produttive diverse, ma che per le persone e le famiglie coinvolte rappresentano un campo unitario di manifestazione dei bisogni di salute.

L'incrocio tra **LEA e LEPS in ambito sociosanitario** rappresenta quindi un elemento fondamentale del modello toscano. Da qualche anno anche il livello nazionale comincia a confrontarsi con queste dimensioni in modo sistemico e strutturato. Il primo strumento utile è recato dal Piano per la non autosufficienza 2022-2024 che riporta uno schema-tipo di Accordo Interistituzionale per la realizzazione del LEPS di processo.

Lo schema-tipo dell'**accordo interistituzionale** è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può coordinarlo con altri strumenti regionali già attivi in materia, ed è firmato dal Presidente della conferenza dei sindaci di ambito e dal Direttore generale dell'azienda asl insieme al responsabile dell'ente gestore ATS e al Direttore di distretto. Definisce e regola i contenuti della collaborazione necessaria per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ambito territoriale e costituisce sia una intesa istituzionale che tecnica in riferimento a tre aree di responsabilità: istituzionale, gestionale/organizzativa, interprofessionale. Declina gli impegni reciproci in attuazione del LEPS di Processo come definito dalla programmazione nazionale, i tre allegati definiscono: le macrofasi del percorso assistenziale integrato: le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato; indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarietà.

Dal punto di vista del sistema toscano, i contenuti di questo accordo coincidono con una parte delle funzioni attribuite in modo stabile alle SdS e alle CS che riguardano, appunto, la costruzione dei processi assistenziali integrati come risulta chiaramente dalle interpretazioni delle competenti strutture organizzative regionali.

3.3. La trasformazione dei sistemi territoriali

La LRT 72/1997 e la Legge 328/2000 legano gli istituti fondamentali dell'organizzazione sociale – conferenza dei sindaci, ambito territoriale, piano di zona, evoluzione dei servizi – rispettivamente all'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità e al Sistema integrato di interventi e servizi sociali, in modo da **inserire questi istituti in un contesto di riferimento più ampio** e riferito alla promozione dei diritti di cittadinanza sociale.

Allo stesso modo anche le SdS e le CS non sono entità organizzativo-istituzionali nate come fini a sé stesse, ma sono state pensate nel 2003 e nel 2014 come forme per lo svolgimento associato delle funzioni sociosanitarie e sociali in grado di costruire i sistemi territoriali integrati, orientando i servizi verso una organizzazione centrata sui processi assistenziali complessi.

La solita cantilena sul fatto che la persona deve essere presa in carico in modo unitario, la valutazione di bisogni deve essere olistica e bio-psico-sociale, il progetto individuale deve essere in grado di rispondere all'intero complesso dei bisogni di salute accertati; nel caso toscano prende la consistenza di una reale e concreta organizzazione associata tra gli enti pubblici locali e l'azienda sanitaria locale in stretta relazione con l'amministrazione regionale.

Qui è posto il **passaggio fondamentale**: il legame tra il sistema organizzativo dei servizi e lo svolgimento associato delle funzioni integrate. Legame agito attraverso la governance speciale delle SdS e delle CS, la riunificazione delle funzioni direzionali e di programmazione, il coordinamento interprofessionale strutturato, l'integrazione del basamento gestionale, la capacità di stare nel territorio e nella comunità locale in modo significativo, stabile e riconoscibile.

E qui si incardina anche la **vera finalità** del cosiddetto modello toscano che fin dalla sua origine del 1997 mette in relazione lo svolgimento associato delle funzioni e il sistema integrato dei servizi, con il perseguimento dei 'diritti di cittadinanza'. Diritti alla salute e all'assistenza che dopo il 2017 si stanno lentamente concretizzando in dispositivi chiamati Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali riferiti ai diritti civili e sociali dell'articolo 117, secondo comma. Lettera m) della Costituzione, in aggiunta ai fondanti Livelli Essenziali di Assistenza in sanità.

Una finalità ora da perseguire seguendo il **cambiamento della richiesta di salute** che, in fase non acuta, presenta sempre più bisogni complessi in cui si uniscono caratteri proprie delle cronicità, delle non autosufficienze e delle disabilità, delle vulnerabilità e fragilità sociali; e richiama quotidianamente la necessità di legami stabili con le politiche per l'abitazione, l'istruzione, l'educazione, la formazione, il lavoro. Un cambiamento nella richiesta di salute che sollecita più che mai la trasformazione dei servizi, chiamati a passare nel concreto dall'erogazione di prestazioni alla ricomposizione di processi integrati.

Si tratta di un ulteriore passaggio di livello a cui è chiamato il sistema territoriale della Toscana: perseguire i diritti di cittadinanza assumendo come terreno reale di azione il cambiamento portato dalla nuova richiesta di salute, con il conseguente innalzamento dei livelli di complessità. Un passaggio che **finalmente lega la vicenda toscana con una tensione anche di ordine nazionale**, così come scaturisce dalle riforme PNRR sulla sanità territoriale (DM 77/2022), sulla non autosufficienza (D.Lgs. 29/202) e sulla disabilità (D.Lgs. 62/2024).

Per quanto riguarda le materie del sociale i sistemi territoriali toscani sono dunque chiamati a ricapitolare la propria storia, densa e importante, alla luce dell'**attuazione dei LEPS** e del passaggio da prestazioni a processi complessi. Il nuovo impianto normativo nazionale sugli ATS assume quindi una valenza pro-attiva anche per il sistema territoriale toscano, secondo due direttrici: le modalità di costruzione degli ATS nelle 28 zone toscane interessate da diversi assetti di SdS e CS; la capacità di perseguire le nuove funzioni assegnate in relazione ai LEPS.

Anche se il mosaico toscano sull'esercizio della funzione fondamentale ha necessità di essere completato in riferimento all'esercizio associato delle materie socioassistenziali definite come LEPS, e realizzate dall'ATS nella nuova configurazione nazionale, può essere interessante richiamare alcuni fondamenti già utilizzabili per il perseguimento dei LEPS a cui da tempo non si assegna molto rilievo:

- A. Dopo le riforme del periodo 2014-2015, in Toscana il sistema della cosiddetta **governance istituzionale multilivello** è completo in ogni suo aspetto. L'elemento fondativo è costituito dalla Conferenza zonale dei sindaci della LRT 41/2005, ripresa dalla LRT 40/2005 come base per la Conferenza zonale integrata, la Conferenza aziendale dei sindaci e la Conferenza regionale dei sindaci²⁹. L'insieme delle conferenze è costruito 'a grappolo', con il presidente della conferenza zonale che assume la capacità di rappresentanza del proprio ambito territoriale anche nel livello aziendale e regionale. Dal punto di vista dell'ATS nazionale questa infrastruttura, già pronta e funzionante da tempo, riveste un ruolo particolarmente prezioso se si considera che le assemblee delle SdS e delle CS coincidono con le Conferenze zonali integrate e ne assorbono le funzioni. In Toscana, quindi, il momento del governo congiunto e il momento realizzativo citati nelle linee guida nazionali si uniscono sia negli strumenti locali che nella costruzione del sistema multilivello di governance.
- B. L'articolo 37 della LRT 41/2005, al comma 4, prevede la costruzione del **servizio sociale unico a livello zonale** anche nelle zone in cui non sia costituita la società della salute (perché in questo caso il consorzio SdS svolge le attività sociali in forma associata per i comuni dell'ambito)³⁰. La previsione è connessa con la figura del coordinatore sociale prevista per tutte le zone, SdS o CS, per lo svolgimento dei compiti relativi all'accesso al sistema integrato: presa

²⁹ LRT 41/2005, art. 34 'Conferenza zonale dei sindaci'; LRT 40/2005, art. 11 'Conferenza regionale dei sindaci'; LRT 40/2005, art. 12 'Conferenza aziendale dei sindaci'; LRT 40/2005, art. 12bis 'Conferenza zonale integrata'.

³⁰ LRT 41/2005, art. 37, comma 4: 'Negli ambiti di zona-distretto in cui non sono costituite le società della salute, sono garantite la coerenza della programmazione unitaria per la salute, la governance istituzionale, l'integrazione sociosanitaria, il coordinamento interprofessionale, la costruzione del servizio sociale unico di livello zonale, attraverso il rapporto diretto con la conferenza dei sindaci, ovvero con le unioni comunali, le convenzioni comunali, nonché con la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della l.r. 40/2005.'

in carico, progetti integrati di intervento, erogazione delle prestazioni, responsabilità del caso. Il coordinatore del servizio sociale unico è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale, coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi e fa parte dell'ufficio di direzione zonale.

- C. L'articolo 28 della LRT 72/1997, già a suo tempo aveva previsto un fortissimo coordinamento sulle risposte individuali mediante i cosiddetti **progetti integrati di sostegno** atti a dare risposte globali ai bisogni rilevati – socio-sanitario, socioassistenziale, casa, lavoro, mobilità formazione, istruzione, educazione ...- la cui presa in carico, formulazione dei progetti ed erogazione delle prestazioni, erano demandati al coordinamento del distretto mediante l'adozione di procedure unitarie³¹.

Anche solo attraverso questi cenni su alcuni dei passaggi ormai più desueti della normativa sociale toscana, è possibile cogliere **tutta l'intensità presente all'origine della spinta storica toscana**. Tuttavia ora, per quanto riguarda le materie socioassistenziali come interpretate dal rapporto tra ATS e LEPS, questa spinta storica ha bisogno di ritrovare sul piano locale effettivamente un luogo associativo unitario, una quota capitaria omogenea per il bilancio associato, un processo integrato di presa in carico complessa e progettazione individuale. E contemporaneamente sul piano regionale costringe l'infrastruttura di governance istituzione multilivello a una programmazione per obiettivi di servizio, in rapporto alla realizzazione progressiva dei LEPS. L'evoluzione sembra riproporre ancora una volta delle **compiute costruzioni locali legate in reti territoriali** al livello delle tre aree vaste e al livello regionale.

³¹ LRT 72/1997, art. 28, comma 1: 'Per raggiungere l'obiettivo ... relativo al coordinamento degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali attraverso la loro integrazione con quelli relativi alla casa, al lavoro, alla mobilità, alla formazione, all'istruzione, all'educazione, al diritto allo studio, alla cultura, alla ricerca, al tempo libero, la formulazione dei progetti di intervento per la persona e per il nucleo familiare, l'erogazione delle prestazioni di base, la presa in carico dei soggetti destinatari degli interventi sono demandati, con l'adozione di procedure unitarie, al coordinamento del distretto, ...mediante progetti integrati di sostegno atti a dare risposte globali ai bisogni rilevati, garantendo l'informazione e la libera scelta riguardo alle prestazioni disponibili.'

Brevi considerazioni in conclusione

Il prossimo ottobre saranno trascorsi 29 anni dal momento in cui la Toscana ha iniziato a percorrere la sua strada verso un sistema territoriale basato sulla coincidenza degli ambiti sanitari e sociali, l'organizzazione della zona-distretto, la costituzione delle Società della Salute e delle Convenzioni Sociosanitarie come forme speciali per l'esercizio associato delle funzioni pubbliche, il Piano Integrato di Salute.

Il lungo tragitto è stato attraversato da diversi periodi. Dopo un inizio anticipatore delle tendenze nazionali poi esplicitate dalla L. 328/2000 e dal D.Lgs. 229/1999, si sono avvicendate prolungate fasi di sperimentazione, costruzione, stasi e consolidamento del sistema ZD - SdS – CS - PIS. Il vettore principale del processo pluridecennale è forse rintracciabile nell'**integrazione sistemica e strutturale** che agisce contemporaneamente sulle dimensioni istituzionali, direzionali e programmatiche, interprofessionali, gestionali, comunitarie. Tuttavia quasi trenta anni di impegno non consegnano ancora un impianto assestato, completo, ben definito e operativo in tutte le sue funzioni.

Tra le varie questioni in ballo dopo la pandemia e la chiusura del PNRR, a livello nazionale riemerge con forza il tema dell'**Ambito Territoriale Sociale** e delle sue **nuove attribuzioni** istituzionali, organizzative e operative. Nelle materie socioassistenziali e sociosanitarie, una cospicua serie di provvedimenti nazionali – leggi, piani, programmi, progetti – individua l'ATS come un luogo di snodo fondamentale sia per le politiche di settore che per l'organizzazione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni. Al momento la norma di maggiore impatto e significato è forse il comma 160, articolo 1, della legge 234/2021 (legge di bilancio 2022) che disciplina l'ATS come la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS.

Dall'analisi dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali è facile comprendere come la loro caratterizzazione risponda contemporaneamente a due precisi riferimenti costituzionali:

- A. Art. 117 della Costituzione, secondo comma: 'Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: ... m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ...'.
- B. DL 78/2010 - Art. 19: '...sono funzioni fondamentali dei comuni, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione: ... g) progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini ...'.

La determinazione di un LEP è di competenza statale, fa riferimento ai diritti civili e sociali e deve essere garantito su tutto il territorio nazionale. Nel caso dei LEP Sociali, gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS fanno parte integrante della **funzione fondamentale** di progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, che è di competenza comunale.

Se la normativa di livello statale pone al livello di ATS la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS; di conseguenza l'ATS irrevocabilmente legato all'**esercizio associato** della funzione fondamentale sociale per i comuni ricompresi nel perimetro territoriale dell'ambito.

Le **forme associative** previste dal TOUEL sono l'unione di comuni e la convenzione, a cui si aggiunge il consorzio di funzioni nel caso della funzione di assistenza sociale (l'azienda speciale è un ente strumentale comunale, non una forma per lo svolgimento associato della funzione sociale). A queste tre forme nazionali, la normativa regionale toscana ha aggiunto il consorzio Società della Salute e la Convenzione Sociosanitaria. Si tratta di forme associative cosiddette 'speciali' perché alle amministrazioni locali comprese nell'ambito territoriale si unisce anche l'adesione della azienda sanitaria locale.

A questo punto, per la Toscana, è d'obbligo cogliere quale rapporto è stato costruito sui territori tra le Società della Salute / Convenzioni Sociosanitarie e l'**Ambito Territoriale Sociale**, così come disciplinato dalle ultime normative nazionali; per poi comprendere in che termini può essere espressa la programmazione e attuazione dei LEPS.

Dall'analisi svolta al paragrafo 3.1. emergono **cinque casistiche**:

- A. Le Società della Salute che hanno attivato pienamente la gestione diretta delle attività socioassistenziali, in questo caso il consorzio speciale svolge pienamente l'esercizio associato delle funzioni sia per il momento di governo congiunto che per il momento realizzativo dei contenuti.
- B. Le Società della Salute che hanno attivato solo parzialmente la gestione diretta delle attività socioassistenziali, in questo caso il consorzio speciale svolge pienamente l'esercizio associato delle funzioni solo per il momento di governo congiunto.
- C. Le Convenzioni Sociosanitarie riferite alle sole materie integrate della non autosufficienza e della disabilità, in questo caso la forma associata speciale svolge l'esercizio associato delle funzioni sia per il momento di governo congiunto che per il momento realizzativo dei contenuti ma solo per le attività sociali a rilevanza sanitarie di competenza.
- D. Le Convenzioni Sociosanitarie che oltre alle materie integrate della non autosufficienza e della disabilità hanno esteso la convenzione anche a tutte le materie socioassistenziali, in questo caso la forma associata speciale svolge pienamente l'esercizio associato delle funzioni sia per il momento di governo congiunto che per il momento realizzativo dei contenuti anche per le attività socioassistenziali.
- E. Ambiti territoriali in cui è attiva sia una Convenzione Sociosanitaria nelle aree della non autosufficienza e della disabilità che una forma associata di ambito per le attività socioassistenziali tramite l'unione di comuni o la convenzione del TUOEL.

Se osservato dal punto di vista degli ATS nazionali il sistema territoriale toscano presenta quindi una **composizione a mosaico** in cui una parte degli ambiti territoriali sviluppano un completo svolgimento associato della funzione, oltretutto estremamente potenziata da un maturo assetto di integrazione sociosanitaria e di relazione strutturata con il distretto sanitario. È questa una condizione che coinvolge sia la maggior parte delle SdS che una parte minoritaria delle CS. Negli altri casi invece emergono numerosi punti di riflessione, perché lo svolgimento associato delle funzioni sociali è ancora frammentato, seppure in misura diversa tra le SdS non in gestione diretta completa – che comunque esercitano unitariamente il momento del governo congiunto – e le CS non estese al sociale.

Sempre seguendo l'interpretazione nazionale dell'ATS, il rapporto tra Società della Salute, Convenzioni Sociosanitarie e l'esercizio associato va finalizzato alla programmazione, coordinamento, realizzazione e gestione dei LEPS. E qui entrano in campo considerazioni ancora più profonde che riguardano il ruolo delle Conferenze Zonali, del Piano Integrato di Salute e del Sistema locale dei servizi nel **rendere effettivamente esigibili i contenuti** dei diversi Livelli Essenziali.

Più in generale, tornano di attualità alcune riflessioni che riguardano l'origine e la natura stessa del sistema Società della Salute / Convenzioni Sociosanitarie. Nel primo paragrafo si sottolinea il legame delle due normative fondative del sociale, la LRT 72/1997 e la Legge 328/2000, rispettivamente con la 'organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità' e con il 'Sistema integrato di interventi e servizi sociali'. In entrambi i casi lo sviluppo dei servizi e l'esercizio della funzione sociale sono stati legati a obiettivi di più ampia portata e dalla finalità generale, che forniscono da allora il **'senso e il significato'** alle politiche di settore e a tutte le azioni realizzative successive.

Legami che costituiscono tuttora una parte del senso e del significato delle scelte toscane, e dell'ostinazione insita in questi 29 anni di impegno. La seconda parte del modello toscano è formata dal rapporto tra zona-distretto, organizzazione della sanità territoriale, riforma del **DM77/DGR1508**, risposte ai bisogni complessi, esigibilità dei LEA territoriali; ma per affrontare questi temi sarebbe necessaria una ricostruzione analoga a questa appena svolta, da fare in ambito sanitario.

Del senso e del significato delle azioni necessarie per portare realmente allo stato solido il sistema territoriale toscano – dopo lo stato 'gassoso' della fase di sperimentazione, e lo stato 'liquido' della fase di costituzione – è stato già scritto qualcosa nell'introduzione al **Rapporto Servizi Sociali 2020** dell'OSR, di cui vengono richiamati alcuni passi.

Forse è possibile pensare che il titolo della L.R. 72/1997 'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati' si sia rivelato di fatto un programma di lavoro dalla gittata lunghissima, un obiettivo perseguito in varie fasi e con varie intensità nel corso degli anni che non è stato ancora raggiunto del tutto.

In effetti la lunga storia degli assetti istituzionali e organizzativi dei servizi sociali in Toscana è sostanzialmente composta dall'intreccio di due temi principali: il primo legato nello specifico alle materie dell'assistenza sociale; il secondo legato più in generale all'esercizio delle funzioni fondamentali comunali. Questi due filoni si sono rincorsi per circa venti anni tra incroci, divaricazioni, rilanci, accelerazioni, pause, riordini complessivi inesorabilmente seguiti dalla sospensione di fatto dei medesimi riordini.

L'attuale varietà degli assetti organizzativi concretamente sviluppati è dovuta a tre fattori principali:
A. Il lentissimo processo di formalizzazione della zona-distretto come reale livello di governo e di direzione dei sistemi sanitari e sociali territoriali.

B. Il carattere di incoerenza, contraddittorietà e occasionalità, che in molte fasi ha contraddistinto la produzione normativa nazionale relativa all'esercizio associato delle funzioni pubbliche da parte degli enti locali e regionali.

C. La difficoltà nel comporre una visione comune di medio-lungo periodo capace di spingere le evoluzioni dei singoli territori, condizione che ha interessato in tempi e modi diversi praticamente tutti gli ambiti toscani.

Tuttora restano questi i veri campi di evoluzione e di miglioramento dei sistemi territoriali toscani, non si tratta quindi di agire sulla natura degli strumenti tecnici ma sulle politiche e sui processi direzionali effettivamente praticati.

Senza alcun dubbio gli attuali assetti toscani hanno bisogno di percorrere un ulteriore passo evolutivo verso maggiori livelli di omogeneità, semplicità ed efficacia. Per raggiungere questi obiettivi, però, più che un nuovo strumento normativo a questo punto sembrerebbe necessario un lavoro di campo molto serrato e incisivo, orientato a identificare e perseguire puntualmente gli elementi fondamentali verso cui far convergere gradualmente le organizzazioni dei servizi sociali e i diversi fattori di integrazione. Quello che servirebbe ora è un programma molto concreto di convergenza tra gli assetti esistenti, il passato ha insegnato che in queste fasi occorre operare contemporaneamente in due direzioni complementari:

- *Lavorare sulla resistenza interna delle organizzazioni esistenti, una sorta di inerzia conservatrice delle organizzazioni che tendono naturalmente a replicare sé stesse sia a livello amministrativo che a livello operativo. Di solito nelle organizzazioni maggiore è la presenza di professionalità competenti e appassionate, più elevata è la resistenza iniziale al cambiamento. Così come, una volta innescato il cambiamento, altrettanto importanti sono poi i risultati che possono essere raggiunti proprio grazie alla presenza di quelle competenze.*

- *Produrre una spinta evolutiva e regolatrice molto operativa che sia costante, stabile, coerente, consapevole, matura e con consolidate capacità direzionali indirizzate nel perseguire una visione di medio-lungo periodo. Per far questo occorre che i centri nevralgici dei sistemi locali e regionali siano capaci di crescere e di acquisire orizzonti più ampi e plurali.*

Tuttavia la cosa più importante di cui hanno bisogno ora i sistemi locali è di una immissione di fiducia. Una fiducia lucida, costante, duratura. Immettere nel sistema il livello di fiducia necessario, in questo momento, significa valorizzare e consolidare le capacità operative dei servizi e contemporaneamente alimentarne con serenità le linee evolutive che possono portare a costituire pienamente un sistema di diritti di cittadinanza. Indubbiamente anche in questa fase il sistema toscano saprà trovare al suo interno le risorse e le spinte per proseguire nella sua evoluzione e rafforzare ulteriormente i suoi già alti livelli di organizzazione e di assistenza, come sempre è successo in passato. A differenza del passato, però, la definizione dell'impianto nazionale che riguarda molti LEP (che comporta anche l'avvio dei processi per la determinazione dei rispettivi contenuti assistenziali) porta lo sviluppo istituzionale e organizzativo dei sistemi territoriali dei servizi a confrontarsi direttamente con i Diritti di cittadinanza sociale insiti nei Livelli Essenziali delle Prestazioni e, aspetto affatto secondario, con

le loro effettive condizioni di esigibilità. Una grande sfida per il futuro che va compresa, socializzata, organizzata e resa realmente operativa.

Passaggi che a distanza di sei anni restano ancora e maggiormente validi, parola per parola. Perché la finalità di questa organizzazione apparentemente così complessa è invece molto semplice: **ricomporre in un unico sistema locale** tutti quei servizi che rispondono ai bisogni di salute dei cittadini, delle famiglie e delle comunità non in fase acuta; per garantire un solo accesso unitario, un solo insieme di percorsi integrati, un solo luogo di organizzazione ed erogazione delle risposte. Con la consapevolezza che tutto quello che può apparire difficile da ricomporre e integrare per organizzazioni imponenti come i Comuni o le Aziende Sanitarie, risulta di solito del tutto insormontabile per le singole persone e le reti familiari e le comunità locali.

Allegato | Riepilogo delle principali norme citate nel testo

Norme Nazionali

- D.lgs. 229/1999 'Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.'
- Legge 328/2000 'Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali'.
- D.Lgs. 267/2000 'Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali (TUOEL).'
- DL 78/2010 'Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.'
- DL 95/2012 'Funzioni fondamentali dei comuni e modalità di esercizio associato di funzioni e servizi comunali.'
- Legge 232/2016 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019.'
- DPCM 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.'
- Legge 33/2017 'Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali.'
- D.Lgs. 147/2017 'Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà' (che attua anche la delega alle misure generali del sistema integrato dei servizi secondo la Legge 328/2000).
- D.Lgs. 117/2017 'Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.'
- DM 103/2019 'Sistema Informativo dell'Offerta di Servizi Sociali (SIOSS).'
- Legge 178/2020 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.'
- Legge 234/2021 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.'
- DPCM 3 ottobre 2022 di adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024.
- Decisione CE C(2022) 9029 del 01/12/2022 'Programma Nazionale Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027'.
- Legge 199/2025 'Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.'
- Decreto Interministeriale 2 aprile 2025 recante il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2024-2026.
- Decreto Interministeriale 24 giugno 2025 recante le Linee-guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali.
- Disegno di Legge 2025 recante delega al Governo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Autonomia Differenziata).
- DM 44/2025 recante l'integrazione del DM n. 103 del 22 agosto 2019 finalizzato all'attuazione del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS).

Norme Regionali Toscane

- LRT 29/1990 'Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali 19 dicembre 1979, n. 63 e 26 maggio 1986, n. 26 concernenti l'ordinamento delle unità sanitarie locali.'
- LRT 49/1994 'Norme per il riordino del servizio sanitario regionale.'
- LRT 72/1997 'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati.'
- DGR 155/2003 'Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute.' (seguito dalla DGR 442/2006 e dalla DGR 522/2006)
- DGR 682/2004 'Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute.'
- LRT 40/2005 'Disciplina del servizio sanitario regionale.'
- LRT 41/2005 'Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.'
- LRT 60/2008 'Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).'
- DGR 243/2011 'Approvazione disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Modifica alla DGRT n. 1265 del 28 dicembre 2009.'
- LRT 44/2014 'Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).'
- LRT 45/2014 'Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).'
- LRT 28/2015 'Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale'
- LRT 84/2015 'Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005'.
- DGR 229/2015 'Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, da sottoscrivere negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le Società della Salute, in attuazione di quanto previsto dall'art. 70 bis della l.r. 40/2005 e s.m.i.- Approvazione schema tipo'.
- LRT 11/2017 'Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005.'
- DCC 73/2019 'PSSIR 2018-2020.'
- DGR 886/2021 'Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, art. 70 bis, comma 14 della l.r. 40/2005 e s.m.i. Approvazione aggiornamento schema-tipo.'
- DGR 970/2025 'Approvazione degli indirizzi per lo sviluppo dei documenti operativi stabiliti dallo schema di convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria