

Regione Toscana: quali governi per il welfare locale?

A cura di Maurizio Motta, | 11 ottobre 2018

Dare forma e contenuto ai governi locali dei servizi di welfare è da sempre un importante ingrediente per le politiche locali, ed è un tema sul quale quasi tutte le Regioni hanno messo in opera riordini successivi e revisioni periodiche. Non mancano peraltro eventi recenti che possono suggerire nuove riflessioni, come la tendenza ad introdurre Aziende Sanitarie Locali di più ampie dimensioni, oppure ipotizzare (in occasione della messa in opera della governance locale per il Reddito di Inclusione) organi di governo territoriali che puntino a unificare la gestione contestuale di più politiche e servizi, ad esempio socioassistenziali e del lavoro. Su questi temi abbiamo proposto una serie di domande a dirigenti/funzionari di tre Regioni che aderiscono a Welforum: Toscana, Lazio e Puglia. In questo primo articolo verrà presentata l'esperienza della Regione Toscana[*note*]Le risposte di Regione Toscana sono da attribuire alla Direzione regionale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, e in particolare a: Cristina Corezzi e Stefania Comparini (settore Welfare e sport), Fabiola Mila Ganucci e Riccardo Nocentini (settore Politiche per l'integrazione sociosanitaria).[/*note*].

Un'avvertenza per il lettore: sarebbe affrettato utilizzare questo materiale per dedurre una comparazione approfondita tra le diverse Regioni; un confronto adeguato richiederebbe infatti materiali più sistematici e una più ampia analisi, anche dei diversi contesti territoriali. Le risposte dunque informano su scelte e strumenti assunti dalle Regioni, e su snodi percepiti come rilevanti; certo (speriamo) anche suggerendo a chi legge spunti sulle diversità.

Potreste in sintesi ricordare quali sono gli atti recenti che hanno riordinato la governance locale del welfare della vostra Regione, ed esporre i principali obiettivi perseguiti?

Il riordino del sistema di welfare regionale toscano fa riferimento ad una serie di norme e disposizioni di vario tipo: programmatico, procedurale, organizzativo e di governance. Esso vede il suo avvio a partire dalla [L.R. 40/2005](#), che definisce gli strumenti e le procedure della programmazione sanitaria e sociale integrata, e dalla [L.R. 41/2005](#), che invece disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Entrambe le norme sono state modificate dalla più recente [L.R. 11/2017](#) relativa alla revisione degli ambiti territoriali delle [zone-distretto](#), sulla base di criteri strutturali ed infrastrutturali stabiliti dalla [L.R. 84/2015](#).

Nello specifico, le [società della salute](#) sono gli organi deputati all'esercizio associato delle attività territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Si tratta di soggetti pubblici costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente. Anche per la Toscana, come per le altre Regioni, negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le società della salute, l'integrazione sociosanitaria è attuata mediante apposita [convenzione](#) ([qui](#) lo schema-tipo approvato dalla Conferenza regionale dei sindaci).

Nel riordino della governance locale del welfare toscano, un altro strumento di fondamentale importanza è costituito dalla [D.G.R. 573/2017](#), che stabilisce le [linee guida](#) per la predisposizione del Piano integrato di salute (lo strumento programmatico attraverso il quale le comunità locali coinvolgono tutti gli attori interessati alla definizione e realizzazione di politiche sociosanitarie integrate, coerenti con la programmazione regionale) e del Piano di inclusione zonale (lo strumento di programmazione della funzione sociale dei Comuni esercitata nell'ambito della zona-distretto), regolando la fase transitoria fino all'approvazione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale.

Prima il SIA e poi il REI hanno previsto la costituzione di "Ambiti territoriali". Si tratta di organismi diversi da quelli che gestiscono le altre funzioni socio assistenziali dei Comuni? È previsto che tali Ambiti ne divengano l'unico organismo di gestione?

A partire dal 1° gennaio 2018, i 276 Comuni della Toscana si sono organizzati in 26 zone distretto. La zona distretto è

considerata dalla normativa regionale l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative e di erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Tenendo conto delle risorse messe a disposizione dall'Azienda USL e dai Comuni, la zona-distretto organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali dell'integrazione sociosanitaria – realizzata attraverso le società della salute –, comprendendo anche i servizi per la salute mentale, le dipendenze e la non autosufficienza.

Nello specifico, la L.R. 41/2005, all'art. 33, stabilisce che le zone-distretto costituiscono gli ambiti territoriali per l'integrazione sociosanitaria, 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. Le funzioni socio assistenziali possono essere esercitate dai Comuni tramite le società della salute o con stipula della convenzione sociosanitaria, la gestione associata semplice (tramite l'Unione dei Comuni) e la gestione singola da parte del Comune.

I 26 ambiti territoriali toscani sono stati individuati prima dell'introduzione del REI e sono l'ambito ottimale per tutti i servizi socioassistenziali.

Oltre a tali servizi, gli ambiti territoriali sono anche il riferimento per progetti e programmi specifici. Ad esempio, nell'ambito del Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione" e del Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentari e/o assistenza materiale di base (PO I FEAD), il Ministero del Lavoro e politiche sociali nel 2016 ha adottato l'Avviso n. 4 per la presentazione di Proposte di intervento per l'attuazione di interventi di contrasto alla grave marginalità e alla condizione di senza dimora. La Regione Toscana ha presentato un progetto unitario (approvato nel 2018) individuando quali partner, tra i 26 ambiti territoriali, quelli con Comuni capoluogo di provincia (escluso Firenze che ha presentato il progetto in qualità di Città metropolitana ma con la quale si agirà di concerto nelle fasi attuative).

Quale forma di gestione associata delle funzioni socio assistenziali comunali ritenete migliore e da incentivare? Attraverso quali meccanismi?

Come già ricordato, secondo quanto previsto dall'art. 71bis della L.R. 40/2005, gli enti locali compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto e le Aziende USL costituiscono appositi organismi consortili denominati società della salute. Si tratta di enti di diritto pubblico dotati di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso i quali la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

La L.R. 11/2017 ha dato un indirizzo chiaro nel privilegiare il modello delle società della salute – anche al fine di evitare frammentazioni e favorire economie di scala –, rispetto alla sottoscrizione da parte dei Comuni o dell'Unione di Comuni della convenzione sociosanitaria (prevista laddove sia presente la conferenza zonale integrata e che definisce le modalità organizzative per i processi di programmazione e di partecipazione, l'integrazione sociosanitaria, il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati). All'art. 27 infatti è previsto, per il quinquennio 2018-2022, un contributo di 150.000 euro annui se la nuova zona derivante da un accorpamento sceglie il modello organizzativo delle società della salute, e di 50.000 se invece viene scelta la convenzione sociosanitaria. Al comma 4 di tale articolo è inoltre prevista la possibilità di ulteriori incentivi, rivolti anche ad eventuali nuovi accorpamenti, attraverso punteggi premiali nei bandi e tramite il Piano sanitario e sociale integrato regionale. Tali incentivi sono maggiorati del 30% nel caso in cui tutti i Comuni della medesima zona-distretto abbiano aderito al modello organizzativo della società della salute.

Tra gli obiettivi del riordino, vi è anche quello di attivare un governo locale che miri a ricomporre i diversi segmenti delle politiche di welfare? E se questa prospettiva di "governo unico" non è realistica:

- **Quali politiche ritenete sia prioritario possano essere gestite localmente da un governo unitario?**
- **Quali meccanismi locali, diversi dalla gestione entro un unico governo, sono possibili per garantire l'integrazione di più politiche?**

L'idea di un governo unico delle politiche di welfare non è irrealistica, ma è sicuramente molto complessa, perché richiede una forte integrazione in ambiti diversi. L'articolo 3 della L.R. 41/2005, dettando i principi del sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevede che tale sistema si realizzi, tra le altre cose, anche attraverso l'integrazione con le politiche abitative,

dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona ed alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale. In questa ottica, la Regione e gli enti locali attivano specifiche procedure di concertazione, finalizzate alla ricerca di convergenze per l'individuazione e la determinazione degli obiettivi e dei contenuti degli atti attuativi.

Per favorire l'integrazione sono inoltre state costituite delle articolazioni volte ad incentivare il reciproco scambio ed il lavoro comune tra settori diversi, come ad esempio la Cabina di Regia interdirezionale di SIA/Rel (istituita con D.G.R. 671/2017) composta dai direttori delle direzioni regionali Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Urbanistica e politiche abitative, Lavoro, ed Istruzione e formazione. Tale Cabina di Regia vede anche la partecipazione di rappresentanti degli ambiti territoriali. Gli obiettivi principali sono: la programmazione integrata degli interventi in materia di politiche di inclusione socio-lavorativa delle persone svantaggiate con le politiche del lavoro, abitative e scolastiche per il contrasto alla povertà; il monitoraggio congiunto sull'attuazione degli obiettivi di interesse regionale; il sostegno alla diffusione delle informazioni e la promozione delle buone pratiche a livello territoriale e tra i servizi dei diversi settori regionali.

Tra gli obiettivi del riordino, vi è anche la valorizzazione del ruolo dei Comuni? Come viene perseguita?

La Regione promuove politiche basate su integrazione, intersettorialità degli interventi e forme di coordinamento aperto, capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati. Sono così individuati tre livelli di governance istituzionale, in cui si incontrano le capacità di governo della Regione e delle Aziende Sanitarie con quelle degli Enti Locali. Per ciascuno di essi sono poi definiti gli organismi e la loro composizione, i ruoli e le funzioni assegnate, e gli strumenti da utilizzare (Conferenza regionale dei sindaci, Conferenza aziendale dei sindaci e Conferenza zonale integrata o società della salute, ove costituita). Ad ogni livello di governance corrispondono strumenti di programmazione specifici.

In ciascuna delle zone distretto sono istituite la Conferenza zonale dei sindaci o le Assemblee dei soci dove presenti le Società della Salute, cui partecipano tutti i sindaci dell'ambito, e la Conferenza zonale integrata, che vede anche la partecipazione del direttore generale dell'Azienda USL. Queste coordinano l'esercizio delle funzioni di competenza dei Comuni previste all'art. 11 della L.R. 41/2005: progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, erogazione di interventi e servizi di integrazione sociosanitaria, nonché i servizi finanziati dal fondo per la non autosufficienza. La Conferenza aziendale dei sindaci è invece composta dai presidenti delle conferenze zonali integrate e dai presidenti delle società della salute. Alle sue sedute partecipano, per gli atti di relativa competenza, i direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta, il direttore per la programmazione di area vasta e il rettore dell'università di riferimento senza diritto di voto.

La Conferenza regionale dei sindaci è l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale, ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale. La conferenza è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci e dai presidenti delle conferenze zonali integrate.

L'Assemblea della Società della Salute o la Conferenza zonale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale e per questo emana gli indirizzi e approva il piano integrato di salute (PIS) e piano di inclusione zonale (PIZ), tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione.

La programmazione di ambito zona distretto (PIS/PIZ) definisce le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio, i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale, i servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio, i servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario, i servizi a carattere residenziale per le fragilità, le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale, le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno previste a livello nazionale e regionale. Sempre tale documento definisce anche l'integrazione con i servizi e gli ambiti di attività relativi alle politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, e si coordina con i relativi strumenti attuativi. Individua le risorse necessarie in attuazione degli obiettivi di servizio, e anche quelle per l'eventuale realizzazione dei progetti innovativi promossi da soggetti del terzo settore e individua in ambito zonale gli enti destinatari delle risorse del fondo sociale regionale.

Pertanto la valorizzazione del ruolo dei Comuni è preesistente alla disponibilità di risorse sul PON Inclusione e a quelle relative

al Fondo Povertà, anche se sicuramente questi contribuiranno a rafforzare i servizi. A questo proposito, il Documento programmatico di contrasto alle povertà è stato approvato dalla Regione Toscana con D.G.R. 998 del 10/09/18. Le somme del Fondo nazionale povertà destinate al finanziamento dei servizi per l'accesso al REI, per la valutazione multidimensionale finalizzata ad identificare i bisogni del nucleo familiare e per i sostegni da individuare nel progetto personalizzato del REI saranno assegnate agli ambiti territoriali nella composizione prevista dalla L.R. 11/2018.

Se da un lato può essere rilevante l'esigenza di compattare organi di governo su aree territoriali più ampie, non esiste il rischio di forme di "gigantismo" dei governi locali dei servizi di welfare, e di conseguenti loro allontanamenti dai Comuni?

Dal 1° gennaio 2018 le zone-distretto sono passate dalle originarie 34 a 26, con un processo di unificazione che ha interessato 14 ambiti zionali che compongono 6 nuove zone-distretto, e ha coinvolto complessivamente 106 Comuni e più di 974.000 abitanti, pari al 26% della popolazione toscana. Il risultato di tale processo ha comportato la riduzione degli ambiti zionali, che sono diventati 10 nella USL Nord Ovest, 8 nella USL Centro e 8 nella USL Sud Est (la L.R. 84/2015 aveva già ridotto da 12 a 3 il numero delle Aziende USL).

Nello spirito della L.R. 11/2017 accorpate le zone è, prima di tutto, un modo per ridurre i costi amministrativi e investire maggiori risorse sui servizi, a vantaggio soprattutto delle zone più piccole (art. 5 comma 2). Nelle zone-distretto di nuova istituzione, inoltre, viene promossa la valorizzazione e la tutela delle identità territoriali per una migliore attenzione e vicinanza al cittadino sulla base del principio di sussidiarietà, anche attraverso le articolazioni territoriali (corrispondenti alle zone-distretto preesistenti all'entrata in vigore della legge), volte a garantire una più ampia partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione.

Le nuove forme di governo locale implicano anche nuovi meccanismi per la programmazione regionale? Nello specifico:

- **Un più stretto legame tra atti regionali, e quindi l'esigenza di "Piani regionali" che includano le diverse politiche di welfare?**
- **Una modifica delle procedure di coinvolgimento dei governi locali nella programmazione regionale?**

Nel sistema sanitario e sociale della Regione Toscana la governance istituzionale si articola attraverso un sistema di Conferenze dei sindaci che dal livello di zona-distretto (Conferenza zonale e zonale integrata con il direttore generale USL o assemblea dei soci della società della salute) arriva al livello dell'Azienda USL (Conferenza aziendale) per poi salire fino alla Conferenza regionale dei sindaci. La funzione principale di queste conferenze è quella di formulare e/o approvare gli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza, rappresentando quindi il momento decisionale nel quale le finalità istituzionali dei Comuni si traducono in obiettivi e azioni concrete. Pertanto, i governi locali vengono coinvolti ampiamente nella programmazione regionale attraverso gli organismi sopra descritti: a ciascun livello di governance corrisponde un atto di programmazione.

Se con il Programma regionale di sviluppo (PRS) la Regione definisce gli obiettivi da raggiungere nel quinquennio della nuova legislatura per ogni settore di sua competenza, con il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) dettaglia le politiche in materia sanitaria e sociale. La Conferenza regionale dei sindaci esprime parere, oltre che sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale, proprio sulla proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale.

In ciascuna area vasta (corrispondenti alle 3 USL), il direttore per la programmazione, che opera sulla base delle direttive impartite dalla Giunta regionale, garantisce l'attuazione della programmazione strategica regionale. La programmazione dell'Azienda USL e dell'Azienda UO che insistono su una determinata area si armonizzano con il Piano di area vasta (PAV). La Conferenza aziendale dei sindaci concorre con i propri indirizzi, esprimendone l'intesa, all'elaborazione del PAV predisposto dal direttore della programmazione, esprime parere obbligatorio sul Piano attuativo ospedaliero (PAO) delle aziende ospedaliero-universitarie di riferimento, ed emana, previo parere delle Conferenze zonali dei sindaci o delle società della salute ove presenti, gli indirizzi per l'elaborazione del Piano attuativo locale (PAL) dell'Azienda USL di riferimento. Inoltre approva i programmi annuali di attività adottati dal Direttore Generale dell'Azienda USL.

L'Assemblea della società della salute o la Conferenza zonale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, sociosanitari e sociali integrati di livello locale e per questo emana gli indirizzi e approva il Piano integrato di salute (PIS) e il

Piano di inclusione zonale (PIZ), tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione. Con le nuove linee di indirizzo per la predisposizione di PIS e PIZ, la Regione Toscana vuole rendere più integrate – fino ad una vera e propria elaborazione in un unico atto dei due documenti – le *policies* sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Tra gli obiettivi del riordino, vi è anche l'obiettivo di favorire la partecipazione alla governance locale dei soggetti sociali del territorio? In quale modo?

Il concetto fondamentale sotteso a tutto il sistema integrato regionale è quello di territorio, inteso come la comunità nella quale i Comuni incontrano la partecipazione delle associazioni, della cittadinanza attiva, del privato sociale e della rete degli attori istituzionali, come ad esempio le scuole.

A tal proposito la L.R. 41/2005, all'art. 28, ha previsto l'istituzione della Commissione regionale per le politiche sociali, composta da rappresentanti delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche, delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, delle organizzazioni del terzo settore, degli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali. La commissione ha funzioni consultive e propositive per la Regione nelle materie che riguardano il sistema integrato di interventi e servizi sociali, e promuove iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale.

Inoltre, la [L.R. 75/2017](#) ha previsto, in ciascuna zona-distretto o società della salute – ove costituita – l'istituzione del Comitato di partecipazione, con funzioni di consultazione e proposta in merito all'organizzazione ed erogazione dei servizi. Il comitato di partecipazione è composto da membri designati dalle associazioni rappresentative dell'utenza e dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo operanti nella comunità locale, purché non erogatori di prestazioni, che abbiano stipulato uno specifico protocollo d'intesa.

Se avete già attivato riordini delle forme di governo locale, di quali meccanismi di valutazione degli effetti vi siete dotati? Che tipo di evidenze avete rilevato?

Nelle linee di indirizzo per la predisposizione di PIS e PIZ sono descritti i contenuti della valutazione *ex ante*, che rappresenta una lettura del territorio costituita dal profilo di salute, dai bisogni di salute con i rispettivi indicatori e analisi di contesto, e dal sistema dei servizi – ovvero una mappatura che individua accessi, presidi, servizi e protocolli professionali. A tal proposito, una novità del 2018 è rappresentata dalla predisposizione, in un unico documento, del Profilo sociale regionale (redatto dall'Osservatorio Sociale Regionale – OSR) e della Relazione sullo stato di salute dei toscani e del servizio sanitario regionale (redatto dall'Agenzia Regionale di sanità – ARS). In collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (MeS), ARS e OSR, Regione Toscana ha anche predisposto dei report zonali, così da facilitare il lavoro conoscitivo delle zone e concentrare maggiore impegno nella definizione degli obiettivi e della programmazione vera e propria, selezionando un numero di indicatori (circa 50) relativi alle aree tematiche del profilo di salute. Tutti i documenti citati sono pubblicati sulla pagina web dell'[Osservatorio Sociale Regionale](#) dedicata alla programmazione socio-sanitaria.

Per quanto concerne invece la valutazione *ex post*, dato che il monitoraggio delle performance del Sistema Sanitario fino dal 2008 è avvenuto con la collaborazione del MeS, è stato attivato un sistema di indicatori volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di *benchmarking*, le diverse dimensioni della performance: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza degli utenti e dei dipendenti e, infine, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

Potreste esporre i punti di forza e le criticità dell'attuale scenario dei governi locali del welfare nella vostra Regione?

Senz'altro, la presenza di un sistema articolato di servizi, percorsi e professionisti, e di una diffusa rete di associazioni e organizzazioni del Terzo Settore rappresentano alcuni dei principali punti di forza dell'attuale sistema di welfare locale toscano, che ha permesso lo sviluppo di una visione integrata dell'individuo nel suo contesto di vita. A questi si aggiungono il miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle cure in ambito sanitario, nonché dei – già buoni – livelli medi di salute dei toscani. Infine, tra i punti di forza del welfare toscano, vi rientrano anche il mantenimento, secondo i dati del Ministero della Salute, del primato nel raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza e della valorizzazione dei programmi regionali di sostegno alla casa e alla famiglia, anche in periodi di riduzione di risorse a livello nazionale.

A partire dal riordino del sistema del welfare, si prospetta innanzitutto una maggiore integrazione sia tra i servizi che tra i diversi livelli di governance. A questa si aggiungono opportunità di carattere più specifico, quali il miglioramento delle capacità di risposta dei servizi come conseguenza positiva della partecipazione attiva dei cittadini, e l'implementazione della Carta sanitaria e del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Diversi sono anche i punti di debolezza, relativi soprattutto alla permanenza di forti disuguaglianze tra gruppi di differenti condizioni socio-economiche, sia in termini di salute che di accesso ai servizi; alla presenza di disallineamenti nei tempi tra la domanda e la risposta delle prese in carico; ad alcuni inadempimenti nel monitoraggio e valutazione dei risultati, soprattutto per i percorsi più complessi; alla permanenza, in alcuni ambiti, di una logica legata a vecchi standard procedurali, che rischia di mettere in difficoltà la natura innovativa del sistema locale di welfare. Nella valutazione complessiva del sistema di welfare toscano è bene poi tenere in considerazione alcuni rischi, quali le nuove dinamiche socio-demografiche (invecchiamento della popolazione, aumento delle famiglie unipersonali, calo delle nascite, aumento degli anziani non autosufficienti, aumento delle nuove povertà), la frammentarietà di alcuni percorsi di presa in carico, la diminuzione costante delle risorse nazionali per l'assistenza sociale, e la delega – talvolta eccessiva – ai soggetti del Terzo settore per l'erogazione dei servizi.