

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



150 Years
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

www.egeaonline.it



Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2013

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi
School of Management

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

7 Sistemi sociali e sociosanitari a confronto: convergenze e divergenze tra i modelli regionali di Emilia-Romagna e Lombardia

di Francesca Calò, Giovanni Fosti, Francesco Longo,
Elisabetta Notarnicola, Andrea Rotolo, Stefano Tasselli¹

7.1 Introduzione

Il tema della sostenibilità del sistema di Welfare sta occupando il centro del dibattito pubblico, in relazione alla contrazione che riguarda sia le risorse oggi disponibili, sia quelle che si prevede possano essere messe in campo in futuro.

La questione della futura sostenibilità del sistema non si pone, però, solo in relazione alle risorse spese, ma anche in rapporto ai cambiamenti in atto nel contesto sociale, dati dall'acuirsi di problemi già noti e dall'emergere di nuove esigenze (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008). I cambiamenti in atto nel settore sociale e sociosanitario² vedono così interagire non uno ma due vettori fondamentali, ovvero una significativa contrazione delle risorse disponibili che si associa alle dinamiche di cambiamento del contesto sociale e di espansione delle esigenze della popolazione. A questi si aggiunge un ulteriore fattore di criticità: la frammentazione nelle risorse disponibili per gli interventi che vede le famiglie spesso chiamate al difficile compito di ricomporre risorse e servizi messi a disposizione dai diversi erogatori pubblici, privati e informali (Fosti, Larenza, Longo, Rotolo, 2012). Questa amplifica la forbice tra il quadro di evoluzione dei bisogni e le risorse finanziarie a disposizione e impone un ripensamento degli assetti del sistema.

Nonostante la rilevanza di questi fenomeni e del loro intrecciarsi, l'attenzione

¹ Sebbene il capitolo sia frutto del lavoro di ricerca comune, i §§ 7.2 e 7.3 sono da attribuire a Elisabetta Notarnicola, il § 7.4 a Andrea Rotolo, il § 7.5 a Stefano Tasselli, il paragrafo § 7.6 a Francesca Calò, i §§ 7.1, 7.7 e 7.8 a Giovanni Fosti e Francesco Longo.

² Per una definizione di cosa si intende per settore sociale e sociosanitario nelle Regioni si veda quanto riportato nel rapporto Oasi 2012 nel capitolo «Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?» di Fosti, Larenza, Longo, Rotolo. Sinteticamente può essere definito come il settore che si occupa dell'erogazione di interventi sociali e ad alta integrazione sociale e sanitaria per le aree materno – infantile, anziani non autosufficienti, disabilità, patologie psichiatriche e salute mentale, dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV e terminali, integrazione sociale di soggetti a rischio di emarginazione.

in termini di *policy* e il dibattito pubblico sono rivolti quasi esclusivamente al tema della scarsità delle risorse³, tralasciando il fatto che questo non può essere affrontato in modo disgiunto dal tema del posizionamento strategico – valoriale dei sistemi di welfare (e quindi, degli effetti prodotti dalle politiche e dalla risposta ai bisogni) (Gori, Pains, Sensi, 2013). Le risorse, infatti, costituiscono solo uno degli «ingredienti» che concorrono a definire il posizionamento di un sistema di Welfare, che è funzione anche delle ipotesi e delle priorità definite dai *policy maker*, del modo in cui queste si traducono in un disegno concreto delle forme di intervento, delle dinamiche del contesto sociale, degli esiti in termini di utenti presi in carico e di intensità di prestazioni erogate. Da questo deriva che il ruolo dell'intervento pubblico nel sistema di Welfare, il perimetro e le forme di tale intervento, le risorse impiegate e gli impatti sulla popolazione possono variare in modo significativo tra le diverse Regioni italiane. A fronte di questo contesto, riconosciuta la centralità di entrambi i vettori di cambiamento, emerge con chiarezza la necessità di rivedere l'approccio di analisi del settore sociale e sociosanitario in modo da abbandonare i *bias* interpretativi legati al tema dei tagli delle risorse (Pedersen, 2007) e valutare piuttosto le performance complessive (Pavolini e Ranci, 2008).

Il presente capitolo analizza due modelli regionali, quello emiliano-romagnolo e quello lombardo, con l'obiettivo di riconoscere gli elementi di convergenza e divergenza che li caratterizzano, sia dal punto di vista dell'impostazione dichiarata (nel §7.3 con i valori di riferimento e l'impianto istituzionale formale), sia dal punto di vista del sistema emergente (nel §7.4 con le caratteristiche socio-economiche delle due regioni; nel §7.5, con le risorse finanziarie; nel § 7.6, con le priorità perseguite in termini di utenti serviti e intensità assistenziale erogata).

Alla luce dell'analisi svolta, alcune differenze, che derivano dall'impostazione dichiarata dei modelli, non trovano riscontro nei dati relativi alle risorse, ai tassi di copertura della popolazione e all'intensità degli interventi (§ 7.7).

7.2 Metodologia

Nel presente capitolo si propone uno schema logico interpretativo per l'analisi dei sistemi sociali e sociosanitari basato su quattro dimensioni.

1. ***I valori di fondo e gli assetti istituzionali dei sistemi***, ovvero (a) i presupposti che definiscono la matrice valoriale e le scelte politiche alla base della pro-

³ Ad esempio «Tagli al Welfare (ancora): protestano le Regioni del Sud» (21/03/2013), «Avremo 40 milioni in meno, inevitabile tagliare i servizi» (07/11/2011) su Corriere della Sera; «Politiche sociali, in 5 anni tagli al 75%» (29/01/2013) su La Repubblica, ma anche «Il Libro Nero del Welfare Italiano. Come il governo italiano – con le manovre economico-finanziarie e la legge delega fiscale e assistenziale- sta distruggendo le politiche sociali e azzerando la spesa per i diritti» (di Sbilanciamoci, Network di policy che unisce numerose associazioni).

gettazione dei sistemi e (b) l'allocazione formale delle competenze tra gli attori, i ruoli e le interdipendenze, con particolare riferimento alla funzione di programmazione e committenza.

2. **Il contesto socio-economico**, ovvero (a) le caratteristiche generali e i *trend* rilevati rispetto alle caratteristiche della popolazione e (b) i punti forza e le criticità del tessuto socio-economico.
3. **Le risorse del sistema**, ovvero le risorse complessive (degli attori pubblici e privati) destinate al sistema sociale e socio-sanitario, articolate per fonti ed impieghi.
4. **I servizi ed il tasso di copertura raggiunto**, ovvero l'articolazione dell'offerta sociale e socio-sanitaria rispetto a caratteristiche dei servizi, modalità di erogazione e livello raggiunto di copertura del bisogno, calcolato nel modo più rigoroso possibile attraverso stime epidemiologiche.

Queste dimensioni sono funzionali a evidenziare le convergenze e le divergenze tra differenti modelli, oltre che a dare una visione del sistema utile ai *policy maker* che operano in una logica *evidence based* (Davies, 2012):

- ▶ **I valori di fondo e gli assetti istituzionali dei sistemi**, rapportati ai dati empirici emergenti, costituiscono il termine di paragone per capire quanto della progettazione del sistema rimanga nella dimensione del dichiarato e quanto venga declinato operativamente.
- ▶ **Il contesto socio-economico** rappresenta le direttrici lungo le quali si muovono i bisogni di natura sociale e socio-sanitaria. A partire da questi ultimi, il sistema dovrebbe definire a chi e in che modo dare risposta.
- ▶ **Le risorse del sistema**, considerate le peculiarità del Welfare italiano, forniscono un'indicazione circa la ricchezza o modestia dell'intervento e una rappresentazione del ruolo dei diversi attori e della loro effettiva rilevanza. In particolare, le risorse sono analizzate in modo da evidenziare da quale attore pubblico e privato sono governate.
- ▶ **I servizi erogati, la loro intensità assistenziale e il tasso di copertura raggiunto** permettono di analizzare i risultati e di comprendere sia in che modo i diversi sistemi rispondono alle esigenze dei cittadini, sia come impattano le diverse scelte istituzionali.

I casi regionali proposti, articolati sulla base di questo schema, e la raccolta dei dati necessari alla loro trattazione, sono stati sviluppati in quattro fasi successive.

- ▶ **Fase I**: analisi della documentazione grigia delle due Regioni sul tema dell'organizzazione dei servizi sociali socio-sanitari (inclusi Piani sociali regionali, delibere regionali, regolamenti regionali e documentazione aziendale di recepimento delle disposizioni regionale).

- ▶ **Fase 2:** raccolta e confronto, per entrambe le regioni, dei dati relativi: al contesto socio-economico utilizzando fonti nazionali (Istat, Censis, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ecc...) e regionali; al quadro delle risorse impiegate nel settore; ai servizi per specifiche categorie di utenza (anziani non autosufficienti, disabili adulti, bambini 0-6).
- ▶ **Fase 3:** validazione dei casi studio da parte di attori istituzionali chiave dei sistemi regionali⁴.
- ▶ **Fase 4:** confronto dei dati e delle evidenze raccolte per le due Regioni e individuazione degli elementi di convergenza e divergenza tra i modelli.

Per specifici item di analisi (ovvero per i dati di copertura dei bisogni, paragrafo §7.6, e per alcuni dati di contesto, paragrafo §7.4) si propone un *focus* sulle aree metropolitane di Bologna e Milano, capoluoghi delle due Regioni in esame; nelle restanti parti del capitolo la prospettiva adottata è sull'intera regione. Quando non specificato, i dati fanno riferimento all'anno 2011, ultimo anno completo disponibile. Nel testo, per facilitare la lettura e favorire la coerenza della trattazione, si presentano prima i dati riferiti a Emilia-Romagna e poi quelli riferiti a Lombardia, seguendo un ordine puramente alfabetico.

7.3 I valori e gli assetti istituzionali dei modelli regionali

Emilia-Romagna (RER) e Lombardia sono due Regioni che attualmente, nel panorama italiano, si posizionano molto distanti l'una dall'altra sia in termini di matrice ideologica – politica, che di disegno del settore sociale e sociosanitario⁵ (Gori, 2010; Muraro e Rebba, 2009). In questo senso le due Regioni sono rappresentative, sul piano formale, di due diversi modi di intendere ed operare le politiche sociali, pur avendo in comune un tessuto socio-economico ricco e maturo e una tradizione di sistemi di protezione sociosanitaria robusti e sufficientemente efficienti.

⁴ I casi studio sono stati validati per entrambi i sistemi regionali attraverso il metodo dei focus group. Ai focus group, che si sono riuniti periodicamente durante tutta la fase di raccolta dei dati, hanno partecipato persone con elevate competenze e conoscenze sul sistema di servizi sociosanitari e i cui profili professionali sono sintetizzabili in: amministratori locali e dirigenti degli Enti, responsabili della programmazione sociale, rappresentanti degli erogatori dei servizi, ricercatori, esperti. I partecipanti ai focus group sono stati selezionati in modo da garantire la rappresentatività di tutti i territori coinvolti nella ricerca.

⁵ Per entrambi i casi l'analisi viene condotta a partire dai riferimenti normativi di istituzione del sistema sociale e sociosanitario, ovvero per Emilia-Romagna la Legge Regionale 12 Marzo 2003 n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e per Lombardia la Legge regionale 12 Marzo 2008 n.3 (Governo della rete e degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario). Entrambe le Regioni infatti, sebbene in momenti diversi, hanno provveduto a istituire e regolare il sistema di welfare, disegnandolo come un sistema integrato dei servizi.

7.3.1 I valori fondanti del settore sociale e sociosanitario

Il sistema emiliano si fonda sulla definizione di un sistema di welfare che ricerca la coesione sociale nel territorio. In questo senso i principi di riferimento sono: i) *partnership* tra pubblico e privato; ii) integrazione tra diversi settori di *policy*; iii) generazione di innovazione sociale; iv) prevenzione dai rischi sociali. Il sistema assume la prospettiva dell'autonomia individuale come centrale e provvede, tramite l'azione congiunta dei diversi attori (enti pubblici, privati, terzo settore, società civile, famiglia), a sostenere il singolo in una logica preventiva di promozione sociale. Oltre a questo, l'integrazione, in modo particolare tra le componenti sociale e sanitaria, diventa un obiettivo guida per la definizione del sistema (Rosetti, 2009).

Il sistema lombardo si fonda esplicitamente su alcuni principi cardine, che sono presenti anche in altri ambiti della politica regionale e che hanno fortemente indirizzato la riforma prima del settore sanitario e poi del settore sociale e sociosanitario (Ferrario, 2009). Questi principi sono: i) primato del «Quasi Mercato»; ii) libertà di scelta per l'utente; iii) centralità della famiglia piuttosto che dell'individuo; iv) sussidiarietà orizzontale. Tutti questi possono essere riassunti nel generale convincimento che la pubblica amministrazione debba avere un ruolo di programmazione in ambito assistenziale, ponendosi come regolatore-regista del sistema, delegando invece al mercato la produzione. Questo si basa sull'assunto che i singoli all'interno della famiglia e di altre forme aggregative, possano meglio rispondere ai bisogni di cura ed assistenza e possano quindi organizzare, scegliere (ed eventualmente prestare) servizi più adeguati.

Entrambi i sistemi hanno intrapreso negli ultimi anni dei percorsi di riforma⁶ che, se da un lato enfatizzano le differenze di policy che li caratterizzano, dall'altro segnalano una convergenza sulla necessità di integrare le diverse politiche pubbliche che impattano sul benessere sociale.

7.3.2 Gli assetti istituzionali dei sistemi regionali

La governance del settore sociale e sociosanitario in Emilia-Romagna prevede che la Regione fornisca le linee strategiche di indirizzo con una prospettiva di forte integrazione tra sociale e sociosanitario con la definizione di un unico atto di programmazione (il Piano Sociale e Sanitario). Questa impostazione è riconfermata nel disegno della governance tra Comuni e AUSL: la programmazione è svolta a livello locale unitariamente da Comuni e AUSL all'interno del distretto e dei suoi organi istituzionali, che hanno contestualmente valenza sociale e socio-

⁶ Per l'Emilia-Romagna ad esempio «Piano sociale e sanitario 2008-2010»; per la Lombardia ad esempio «Un welfare della sostenibilità e della conoscenza – linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014», Dgr IX 2025, 16 novembre 2011.

sanitaria. Avendo sullo sfondo un atto di programmazione e indirizzo distrettuale sociale e sociosanitario integrato, la funzione di committenza operativa risulta poi diversificata. La committenza dei servizi sociali, seppur in esecuzione di una programmazione integrata, spetta ai Comuni, salvo che non abbiano delegato la totalità o una parte dei servizi all'AUSL o ad altri gestori (es. Aziende di Servizi alla Persona, ASP). La committenza sociosanitaria è invece esercitata dal distretto sociosanitario integrato che vede la maggioranza negli organi di governo in capo ai rappresentanti degli enti locali, mentre la direzione tecnico-operativa è in capo al direttore di distretto di nomina AUSL, la quale gestisce anche le funzioni amministrative e contabili. In altri termini, si sono volute rafforzare le prerogative di governo e di programmazione degli enti locali sull'intera filiera sociale e sociosanitaria, mentre il presidio tecnico-amministrativo è rimasto in capo all'AUSL. Questo disegno istituzionale si traduce in una dinamica di equilibri che integrano profondamente i diversi *stakeholder* pubblici del settore, potendo osservare geografie di potere leggermente dissimili nei diversi contesti locali, in base all'autorevolezza storica o attuale di singoli attori o istituzioni. In RER la produzione sia di servizi sociali, sia sociosanitari è prevalentemente esternalizzata a cooperative, ad ASP e a qualche azienda profit. Il recente processo di accreditamento ha razionalizzato la geografia dei produttori, assegnando la titolarità di impresa al soggetto giuridico che effettivamente eroga i servizi. In alcuni casi le ASP, anche sul piano produttivo, agiscono come piattaforme di integrazione tra sociale e sanitario, ottenendo contestualmente contratti per competenze sociali dagli enti locali e contratti sociosanitari dal distretto.

In regione Lombardia lo sforzo di recuperare logiche di integrazione tra sociale e sociosanitario è in capo alla Regione (con l'assessorato Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato e la relativa Direzione Generale) che definisce le linee di indirizzo generali e le priorità strategiche sia per il comparto sociale sia per quello sociosanitario. Il sistema si caratterizza, infatti, per un forte livello di accentramento che deriva dall'assunzione da parte della Regione di un robusto ruolo guida. Quest'ultimo si esprime anche attraverso la definizione di vincoli amministrativi nell'utilizzo delle risorse e nella definizione delle priorità.

Il sistema si basa poi sul modello di separazione tra la funzione di Programmazione – Acquisto e Controllo (PAC) e quella di produzione. La funzione PAC è completamente in capo all'ASL sia per il comparto sanitario, sia per il comparto sociosanitario senza un ruolo significativo assegnato a questo proposito agli enti locali. Gli indirizzi regionali alle ASL per la loro funzione PAC arrivano da due assessorati distinti, quello alla sanità e quello alla famiglia, ognuno per la propria quota di finanziamenti. I due assessorati vivono fisiologici livelli di competizione tra di loro su competenze e risorse, talvolta a scapito di indirizzi armoniosi e integrati. Gli enti locali svolgono invece in via esclusiva la funzione di programmazione e committenza del settore sociale.

In sintesi, l'architettura centro-periferia si basa su un unico assessorato regionale competente per il settore socio-sanitario e sociale che offre quindi indirizzi integrati ad ASL ed enti locali, che però operano in maniera disgiunta. Le ASL poi ricevono indirizzi separati da due assessorati distinti (sanità e socio-sanitario) che definiscono a loro volta committenze separate sanitarie e socio-sanitarie.

La produzione dei servizi sia sociali, sia socio-sanitari è prevalentemente esternalizzata al mercato, dove operano aziende *profit* e *non profit* e qualche azienda pubblica di servizi alla persona (essendo la maggior parte delle ex IPAB trasformate in fondazioni). Limitatamente all'ambito sociale, vi sono alcune gestioni dirette dei Comuni (prevalentemente tramite gestioni associate o aziende intercomunali), che talvolta acquisiscono dalla committenza ASL anche qualche servizio socio-sanitario. In coerenza con il modello di separazione tra committenza ed erogazione, la produzione socio-sanitaria è invece per la maggior parte delegata al mercato e le residue gestioni dirette di servizi socio-sanitari da parte di alcune ASL sono in via di dismissione. Il coordinamento tra i due settori è istituzionalmente molto debole non essendoci strumenti efficaci di integrazione in atto (Figura 7.1). Questo non ha impedito ad alcuni territori di cercare altri e più sostanziali processi di coordinamento e integrazione tra sociale e sanitario.

Figura 7.1 **Assetti istituzionali nei sistemi regionali**

GOVERNANCE E PROGRAMMAZIONE NEL SETTORE SOCIALE E SOCIO-SANITARIO		
Funzioni / regioni / settore	EMILIA-ROMAGNA	LOMBARDIA
Definizione degli indirizzi	Sociale: REGIONE	Sociale: REGIONE
	Socio-sanitario: REGIONE	Socio-sanitario: REGIONE
Programmazione	Sociale: COMUNI + AUSL	Sociale: COMUNI
	Socio-sanitario: COMUNI + AUSL	Socio-sanitario: ASL
Committenza	Sociale: COMUNI	Sociale: COMUNI
	Socio-sanitario: COMUNI	Socio-sanitario: ASL
Produzione	Sociale: ESTERNALIZZATA + ENTI LOCALI	Sociale: ESTERNALIZZATA + ENTI LOCALI
	Socio-sanitario: ESTERNALIZZATA + AUSL	Socio-sanitario: ESTERNALIZZATA + ENTI LOCALI

Figura 7.2 Fonti di finanziamento pubbliche nei sistemi regionali

FONTI DI FINANZIAMENTO PUBBLICHE DEL SETTORE SOCIALE E SOCIOSANITARIO		
settore / regione	EMILIA-ROMAGNA	LOMBARDIA
SOCIALE	1. F.DI NAZIONALI: – allocati agli Enti Locali 2. F.DO SOCIALE REGIONALE: – pro capite + criteri perequativi – allocato a AUSL + Enti Locali 3. RISORSE PROPRIE DEI COMUNI	1. F.DI NAZIONALI: – allocati agli Enti Locali 2. F.DO SOCIALE REGIONALE: – pro capite + storico – allocato ai soggetti erogatori dei servizi 3. RISORSE PROPRIE DEI COMUNI
	SOCIO-SANITARIO	1. F. DO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: – pro capite – allocato al Distretto soc.san. – gestione integrata tra AUSL e Enti Locali

Entrambe le Regioni sono caratterizzate da un sistema di finanziamento frammentato in più canali (Figura 7.2): tralasciando il flusso di finanziamento proveniente da fondi nazionali dedicati, di importo ormai minimo in entrambi i casi⁷ (Marano, 2011), il finanziamento si articola in fondi regionali (sociali e sanitari) e fondi comunali.

In Emilia-Romagna vengono stanziati due fondi distinti: il Fondo Sociale Regionale è allocato a AUSL e Comuni per finanziare specifici interventi (ed è erogato in parte a criterio pro capite e in parte su altri criteri perequativi); il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, invece, è allocato su base pro capite alle AUSL che lo utilizzano in raccordo con i Comuni per finanziare tutti gli interventi legati alla non autosufficienza di anziani e disabili, senza distinzione tra parte sociale e sociosanitaria. La parte prevalente del Fondo per la Non Autosufficienza della RER deriva dal Fondo Sanitario Regionale, a cui si aggiunge una quota di prelievo fiscale regionale aggiuntivo. I Comuni, poi, investono nel settore risorse proprie, sia gestendole singolarmente, che allocandole nella gestione associata. Il sistema che deriva da questi meccanismi di finanziamento

⁷ In particolare ci si riferisce al Fondo Nazionale Politiche Sociali e al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza e ad altri fondi che, nell'anno 2012 sono arrivati a rappresentare lo 0,2% della spesa sociale delle Regioni (Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 2012). Si tratta in ogni caso di fondi a destinazione vincolata che vengono distribuiti dalle Regioni agli enti locali.

rafforza il significativo tentativo di integrazione istituzionale sia tra attori che tra politiche (nella componente sociale e socio-sanitaria), anche prevedendo alcuni momenti di discussione e approvazione collettiva dei diversi stanziamenti.

Anche in Lombardia esistono due fondi distinti, che seguono però una logica di riparto differente: il Fondo Sociale Regionale e il Fondo Socio-sanitario Regionale alimentato dal Fondo Sanitario. Il Fondo Sociale viene distribuito ai Comuni tramite le ASL utilizzando un criterio misto (pro capite e spesa storica).

Il Fondo Socio-sanitario viene distribuito, sulla base del criterio storico aggiustato con la quota capitaria, alle ASL che lo gestiscono direttamente nell'esercizio della loro funzione di committenza. I Comuni provvedono autonomamente con risorse proprie alla quota più significativa delle prestazioni sociali che gestiscono come singoli o associati. Sulla base di questi meccanismi di finanziamento, si realizza un sistema a canne d'organo che mantiene distinte le competenze per diversi livelli di governo e settori, talvolta segmentando risorse che afferiscono ad un medesimo *target*.

7.4 Il contesto sociale nelle due Regioni

Emilia-Romagna e Lombardia sono due delle Regioni più importanti d'Italia da un punto di vista economico (in termini di ricchezza e PIL pro-capite) e rappresentano un laboratorio privilegiato per osservare i principali *trend* di trasformazione del contesto sociale. Molti dei fenomeni che saranno illustrati nelle prossime pagine trovano riscontro anche in altre Regioni italiane, mentre altri sono più evidenti nelle grandi città che sono spesso anticipatrici di fenomeni sociali emergenti, pertanto verranno proposti degli approfondimenti sui capoluoghi di Regione, Bologna e Milano.

L'attenzione sarà concentrata attorno ad alcuni temi:

- ▶ l'evoluzione demografica e l'invecchiamento della popolazione;
- ▶ l'impoverimento della società;
- ▶ la conciliazione famiglia-lavoro ed evoluzione delle caratteristiche della famiglia;
- ▶ i fenomeni migratori.

Tra i principali *trend* che nel prossimo futuro impatteranno in modo più rilevante sui bisogni di cura dei cittadini vi è senza dubbio l'invecchiamento della popolazione. Se da una parte la Lombardia ha visto un andamento pressoché stazionario nel corso degli ultimi cinque anni dell'indice di vecchiaia⁸, che dal

⁸ L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani (65 anni e più) presenti in una popolazione ogni 100 giovani (meno di 15 anni), permettendo di valutare il livello d'invecchiamento degli abitanti di un territorio.

2000 al 2010 è aumentato da 135 a 141, dall'altro lato l'Emilia-Romagna ha visto una diminuzione dello stesso indice dal 2000 al 2010 (passando da 195 a 170). Quello che però accomuna entrambi i territori sono le proiezioni al 2030 e 2050, dove gli indici di vecchiaia torneranno in tutti e due i casi a salire fino a raggiungere il valore di 215 in Lombardia e 236 in Emilia-Romagna (Istat, 2010; Regione Emilia-Romagna, 2012). L'invecchiamento è dunque una caratteristica che accomuna le due Regioni considerate, e si acuirà all'attenuarsi di fenomeni che hanno consentito negli ultimi anni di rallentare la crescita di questo indice (tra cui principalmente ha pesato positivamente l'immigrazione). Più in generale, osservando l'andamento demografico delle classi per età, è possibile notare ad esempio che in Emilia-Romagna, considerando la proiezione al 2030, è previsto un aumento del 4% circa per l'incidenza rispetto al totale della fascia 0-5 anni. Tuttavia, gli anziani oltre i 75 anni aumenteranno il loro peso rispetto al totale nello stesso arco temporale di circa il 30% (Istat, 2011). Lo stesso andamento è riscontrabile per la popolazione lombarda, oppure rivolgendo l'attenzione al contesto metropolitano di Milano. Nel capoluogo lombardo, infatti, in poco meno di 10 anni (2020) è previsto un aumento consistente dell'incidenza degli ultra 85enni (+1,5%) e una contemporanea riduzione del 5% della fascia di popolazione attiva tra i 35-44 anni (Comune di Milano, 2012). Oggi si può tranquillamente affermare che sia in Emilia-Romagna sia in Lombardia esistono più famiglie con almeno un anziano a carico che famiglie con almeno un minore a carico.

La crisi economica fa da sfondo a tutti questi cambiamenti demografici. Essa ha conseguenze dirette e indirette sull'evoluzione della società italiana e sulle conseguenti tensioni sui modelli sociosanitari regionali.

L'impoverimento progressivo delle famiglie è ormai un dato acquisito, soprattutto come conseguenza della diminuzione della spesa per consumi che avviene a un ritmo più lento rispetto alla diminuzione del reddito disponibile. Questo significa che gli Italiani devono sempre più fare ricorso alla ricchezza accumulata nel passato, erodendo quindi i risparmi. La crisi economica non deve essere letta solo in termini finanziari poiché essa ha anche rilevanti conseguenze sulla vita quotidiana delle persone. Basti pensare al numero degli sfratti per morosità o altra causa che in Lombardia nel solo biennio 2007-2009 sono passati da 4.169 a 6.398, mentre in Emilia-Romagna sono aumentati da 4.471 a 6.518 (Istat, 2010).

L'impoverimento della società, caratteristica comune nelle due Regioni, colpisce ormai non solo le tradizionali categorie più esposte al rischio povertà. La Caritas di Milano, ad esempio, nel 2010 ha assistito 17.610 persone, di cui solo un migliaio circa erano i senza dimora. L'identikit è delineato come segue: il 73,6% è straniero, per lo più si tratta di donne (64,2%) e l'età media è piuttosto bassa (il 36,8% ha meno di 35 anni). Circa la metà dispone al massimo della licenza media, mentre il 39,9% è disoccupato da breve tempo e il 24% è disoccupato da lungo tempo. Questi dati si accompagnano al più generale aumento di

famiglie deprivate che in Lombardia passano dal 6% del 2005 all'8,7% del 2009 (Istat, 2011).

La disoccupazione è una delle principali preoccupazioni degli Italiani. Sebbene nelle due Regioni selezionate questa sia a livelli inferiori a quelli nazionali (in Emilia-Romagna nel 2011 è stato del 5,3%, mentre in Lombardia del 5,7% a fronte della media nazionale dell'8,4%) (Istat, 2012), il dato che colpisce maggiormente è senza dubbio quello relativo alla disoccupazione giovanile. In Emilia-Romagna, a fronte di un dato al di sotto della media in termini di disoccupazione complessiva, la disoccupazione giovanile ha raggiunto nel 2011 il valore di 20,9% (Istat, 2012). Questo dato deve essere necessariamente letto insieme a quello dei NEET⁹, ossia quei giovani che non sono inseriti in un percorso formativo, non sono occupati e non sono nemmeno inseriti in alcun tipo di programma di formazione professionale. In Lombardia, dal 2004 al 2009, si è registrato un aumento del 17,4% di questa categoria dei giovani, numero superiore al 13,6% dell'Emilia Romagna, dove però si registra una netta differenza tra uomini e donne (la percentuale di NEET femmine è del 17,9% contro il 9,4% dei maschi; Ministero del Lavoro, 2011).

La questione femminile, d'altronde, è uno dei principali nodi che oggi e in futuro i sistemi di welfare dovranno necessariamente affrontare. Le due Regioni selezionate, in particolare, presentano tassi di occupazione femminile più alti rispetto alla media nazionale. L'Emilia-Romagna guida, infatti, la classifica delle Regioni con il 61,9% e la Lombardia è al 60,4% (Istat, 2012). Questo ha importanti conseguenze sul tema della conciliazione vita/famiglia-lavoro e della configurazione dei servizi per l'infanzia.

Una riflessione su questo problema deve essere associata ad altri dati che illustrano il cambiamento delle caratteristiche delle famiglie italiane. Questi fenomeni sono oggi evidenti soprattutto nelle grandi città, anche se iniziano a diffondersi sempre di più anche in contesti meno urbanizzati. In primo luogo, aumenta sempre di più l'età media in cui ci si sposa. A Milano, ad esempio, l'età media nel 2010 è stata di 36,6 anni per le donne e 40,18 per gli uomini (Ufficio Statistica Comune di Milano, 2011). Inoltre, a fronte di un declino dei matrimoni celebrati, si registra un aumento sempre più consistente di divorzi e separazioni. Come conseguenza di questo *trend*, aumentano anche le nuove forme di famiglia: single non vedovi, monogenitori non vedovi, famiglie ricostituite coniugate e unioni libere. Tutto questo da vita a un quadro della società italiana sempre più frammentato e di più complessa ricomposizione. Sia a Bologna che a Milano, infatti, le fa-

⁹ Il tasso di NEET individua la quota di popolazione in età 15-29 anni né occupata e né inserita in un percorso di istruzione o formazione. Il riferimento è a qualsiasi tipo di istruzione scolastica/universitaria e a qualsiasi tipo di attività formativa (corsi di formazione professionale regionale, altri tipi di corsi di formazione professionale, altre attività formative quali seminari, conferenze, lezioni private, corsi di lingua, informatica, ecc.); con la sola esclusione delle attività formative «informali» quali l'autoapprendimento.

miglie unipersonali rappresentano circa la metà delle famiglie (Ufficio Statistica Comune di Milano, 2011; Profilo di Comunità Bologna, 2010).

Si è già fatto cenno al fenomeno migratorio. L'Italia è stata in passato destinazione di numerosi migranti, molti dei quali si sono stabiliti nelle Regioni con più opportunità lavorative. Tra di esse ci sono sia la Lombardia, sia l'Emilia-Romagna. Nel primo caso parliamo di una Regione che, sia in termini assoluti sia in termini relativi, rappresenta la Regione italiana con il più alto numero di immigrati: 1 milione 60 mila tra regolari e non (1/4 del totale – 4,5 mln – degli stranieri in Italia). Le professioni prevalenti (Ismu, 2009) sono l'operaio edile per gli uomini (21,2% del totale degli uomini) e la domestica a ore o l'assistente domiciliare per le donne (32,5% del totale delle donne). Queste caratteristiche confermano che l'Italia ha sempre attratto immigrati a basso tasso di istruzione e qualifica professionale che, per altro, hanno compiuto l'integrazione con i cittadini Italiani in maniera quasi del tutto autonoma, mancando veri e propri servizi o meccanismi orientati a questo scopo. La trasformazione della società italiana da questo punto di vista è riscontrabile non solo in Lombardia, ma anche in Emilia-Romagna. La percentuale di nati da genitori stranieri dal 1992 al 2010 è passata dal 7,4% al 32,6%, dimostrando un'evoluzione ormai di fatto avvenuta all'interno della società (Profilo di Comunità Bologna, 2010).

Guardando al livello dei centri urbani, il fenomeno migratorio può essere letto anche in senso opposto. Sempre di più, infatti, sono gli abitanti che decidono di spostarsi dai centri metropolitani alla periferia, soprattutto nel momento in cui si decide di formare una famiglia. Nel 2010, infatti, 11.833 persone sono emigrate dal capoluogo emiliano-romagnolo e il 52% di essi è nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 44 anni (Profilo di Comunità Bologna, 2010).

I dati socio-demografici presentati in questo paragrafo descrivono i principali cambiamenti che stanno interessando la società italiana, prendendo come punto di osservazione due modelli regionali di welfare. Non sussistono tra le due Regioni differenze significative, poiché i temi affrontati si rispecchiano nei rispettivi territori con sfumature differenti, ma con la stessa sostanza.

Le considerazioni fin qui tracciate, insieme al quadro delle risorse e ai tassi di copertura dei servizi che verranno presentati nei paragrafi successivi, aiuteranno a tracciare ulteriori convergenze e divergenze tra i due sistemi, per avviare successivamente una più ampia riflessione sugli impatti dei distinti assetti del welfare regionale oggi riscontrabili in Italia.

7.5 Risorse

Il confronto tra i due sistemi non può prescindere da un'analisi approfondita delle risorse a disposizione, sia sotto il profilo della dotazione complessiva, sia sotto il profilo dell'articolazione delle fonti e degli impieghi. Il *focus* del con-

fronto sulle risorse a disposizione dei due sistemi regionali (lato fonti) è presentato per tutte le risorse a disposizione indipendentemente dalla loro provenienza: si prendono perciò in considerazione sia le risorse governate dai soggetti pubblici (Comune, AUSL o ASL, Fondi regionali e Stato per il welfare), sia le risorse (pubbliche o private) nella diretta disponibilità dei cittadini (INPS e compartecipazione degli utenti ai servizi) per finalità di assistenza sociale e socio-sanitaria. Il successivo focus del confronto sugli impieghi si concentra sul tipo di servizi per cui sono impiegate tale risorse.

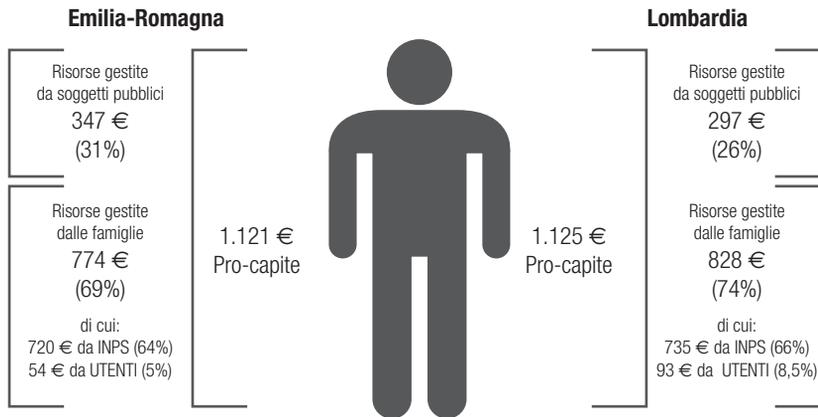
7.5.1 Fonti

Partendo dall'analisi delle fonti, un primo confronto si concentra sull'ammontare totale delle risorse a disposizione dei due sistemi. Ammontare pressoché analogo nelle due Regioni, pari a 1.121 euro pro-capite in Emilia-Romagna (dato 2011)¹⁰ e 1.125 euro pro-capite in Lombardia (dato 2011)¹¹. Un successivo dato interessante riguarda la percentuale di tale ammontare gestita da soggetti pubblici e la percentuale governata direttamente dai cittadini, ovvero trasferimenti monetari dall'INPS o risorse proprie per compartecipazione alla spesa per i servizi. Tale indicatore è particolarmente rilevante alla luce dell'obiettivo del confronto proposto in questo capitolo, perché mostra il grado di controllo diretto della spesa per il welfare da parte dei soggetti pubblici, e parallelamente il grado di «libertà di scelta» del cittadino nell'utilizzo di tali risorse. A dispetto del divario tra i due sistemi in termini di valori trainanti e di retorica istituzionale sul ruolo dell'intervento pubblico e di quello dei cittadini, i valori che emergono dall'analisi sono assolutamente simili: in Emilia-Romagna 774 euro pro capite sui 1.121 complessivi del sistema di welfare sono gestiti direttamente dai cittadini (69% delle risorse complessive), mentre 347 euro (31% delle risorse) sono messi in gioco dai soggetti pubblici nel loro complesso.

¹⁰ Per le fonti dei dati relativi a Regione Emilia Romagna: per dati partite assistenziali INPS, Rielaborazioni CER GAS su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali su RER anno 2011. Per dati spesa comuni, Dati consuntivato spesa Comuni RER, 2011 validato da ISTAT 2011. Il dato sul Fondo Nazionale Politiche Sociali ha come fonte dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali su RER anno 2011. I dati della spesa regionale includono dati spesa AUSL ex FSR, dati FRNA, da riagggregazione dati «Controlli di Gestione aziendali 2011» e dati Fondo Regionale, fonte Dati «Piani di zona anno 2011» Regione Emilia Romagna. Per dati Compartecipazione Utenti, fonte Rapporto «La stima del fabbisogno standard di servizi», anno 2011.

¹¹ Per i dati relativi alla spesa della Regione Lombardia si riporta una versione parzialmente aggiornata della spesa sociale e socio-sanitaria presentata nel capitolo Oasi dell'edizione 2012 nel capitolo «La programmazione sociale e socio-sanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia» (di Fosti G., Larenza O., Rotolo A.). La spesa, allora calcolata su dati di bilancio Regione Lombardia (anno 2011), dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e database Aida Pa, è stata aggiornata con dati dal sito LombardiaSociale.it al 2011 per la voce «Regione» (Pelliccia, 2013a; Pelliccia, 2013b), e al 2010 per le voci «Comuni» (Gori, 2013), «Compartecipazione utenti» (Gori, 2013), «Fondo nazionale politiche sociali» (Pelliccia, 2013a).

Figura 7.3 La distribuzione delle risorse nelle due regioni



Tale dato è analogo in Lombardia, con un valore di 828 euro nelle mani dei cittadini (74% delle risorse complessive), contro 297 euro gestiti dai soggetti pubblici (26%) su un totale pro-capite di 1.125 euro. Tale confronto è schematizzato in Figura 7.3.

Dettagliando tale confronto per fonte specifica di finanziamento, in termini di risorse messe a disposizione dai soggetti pubblici, le risorse messe a disposizione dai Comuni sono pari a 179 euro in Emilia-Romagna e a 115 euro in Lombardia, per una percentuale di risorse complessive gestite pari al 16% in Emilia-Romagna e al 10% in Lombardia. In Lombardia è invece maggiore l'ammontare messo a disposizione della Regione (spesa sociosanitaria tramite Fondo Socio Sanitario Regionale e spesa sociale tramite Fondo Sociale Regionale), per un ammontare complessivo di 169 euro per residente. In Emilia-Romagna i fondi gestiti dalla Regione includono spesa sociosanitaria tramite Fondo Sanitario Regionale, Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (anziani e disabili) e Fondo Sociale della Regione, per un totale complessivo di 151 euro pro-capite. Le Province gestiscono in entrambe le Regioni un importo residuale di risorse, pari a 9 euro in Emilia-Romagna e 5 euro in Lombardia. Il valore delle risorse destinate dal Fondo Nazionale Politiche Sociali è pari a 8 euro per residente in Emilia-Romagna e in Lombardia (dato 2010).

Spostando l'attenzione sulle risorse gestite direttamente dagli utenti, una parte considerevole è rappresentata da risorse monetarie erogate dall'INPS alle famiglie (principalmente assegni di accompagnamento), per un valore complessivo di 720 euro pro-capite in Emilia-Romagna (64% delle risorse complessive del sistema) e 735 euro pro-capite in Lombardia (65% del totale). Il valore pro-capite delle risorse finanziarie erogate dall'INPS è leggermente diverso nelle due Regioni perché è diversa l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione in funzione dei differenziali di età. A dispetto della grande rilevanza percentuale di

Tabella 7.1 **Le fonti della spesa sociale e socio-sanitaria nelle due regioni**

Tipologia di fonte (valori pro-capite in euro)	Emilia-Romagna	(valore %)	Lombardia	(valore %)
Regione	€ 151	13,47%	€ 169	15,02%
Comuni	€ 179	15,97%	€ 115	10,22%
Province	€ 9	0,80%	€ 5	0,44%
Trasferimenti INPS a famiglie	€ 720	64,23%	€ 735	65,33%
Compartecipazione utenti	€ 54	4,82%	€ 93	8,27%
Fondo Nazionale Politiche Sociali	€ 8	0,71%	€ 8	0,71%
Totale complessivo	€ 1.121	100,00%	€ 1.125	100,00%

tale valore sull'ammontare complessivo delle risorse a disposizione dei due sistemi regionali, allo stato dell'arte in nessuna delle due Regioni è attuata alcuna forma di ricomposizione di tali risorse con le risorse gestite direttamente dagli altri soggetti pubblici.

È invece differente nelle due Regioni la quota di compartecipazione degli utenti ai servizi: in Lombardia (93 euro pro-capite) è più elevata che in Emilia Romagna (54 euro pro-capite), anche a causa del fatto che la contribuzione in RER ai produttori privati non accreditati non viene contabilizzata nei sistemi di rappresentazione pubblica del welfare. Una scheda sintetica delle fonti dei due sistemi regionali è presentata in Tabella 7.1.

7.5.2 Impieghi

Viene proposto ora un confronto sugli impieghi delle risorse a disposizione dei soggetti pubblici e privati tramite la compartecipazione ai servizi e l'utilizzo delle risorse INPS¹². Nelle due regioni, la quota di risorse impiegata per i servizi rivolti ai minori e alle famiglie è pari a 107 euro in Regione Emilia-Romagna (pari al 10% delle risorse) e 63 euro pro-capite in Lombardia (pari al 6% circa del totale). Le risorse spese per servizi per disabili sono pari a 392 euro in Emilia-Romagna (35%) e 352 euro pro-capite in Lombardia (31,3%). Per quanto riguarda le risorse per gli anziani, nella Regione Emilia-Romagna la spesa è me-

¹² Per Emilia-Romagna le fonti dei dati includono Bilancio INPS 2011, Dati Regionali Fondo Non Autosufficienza 2011, Dati consuntivato spesa Comuni RER, 2011. Dati validati rispetto a dati ISTAT 2011, Dati «piani di zona anno 2011» Regione Emilia Romagna. Dati aziendali fonte «Controllo di Gestione Imola 2011». Per Lombardia le fonti dei dati, oltre a quelle già citate per le fonti della spesa, includono Bilancio INPS 2011 e dati sull'impiego dei fondi regionali da Ghetti (2012). Rispetto in particolare alle tipologie «Dipendenze» e «Multi-utenza» si segnala che in entrambe le Regioni si utilizzano criteri di imputazione disomogenei che possono determinare distorsioni nel riparto tra le tipologie di impiego.

Tabella 7.2 **Gli impieghi della spesa sociale e sociosanitaria nelle due regioni**

Tipologia di impiego (valori pro-capite in euro)	Emilia-Romagna	(valore %)	Lombardia	(valore %)
Famiglia e minori	€ 107	9,5%	€ 64	5,76%
Disabili	€ 392	35,0%	€ 352	31,3%
Dipendenze	€ 2	0,2%	€ 7	0,6%
Anziani	€ 593	52,9%	€ 645	57,3%
Immigrati	€ 4	0,4%	€ 1	0,1%
Disagio adulti	€ 11	1%	€ 5	0,4%
Multi-utenza	€ 12	1,1%	€ 51	4,5%
Spesa complessiva impieghi	€ 1.121	100,0%	€ 1.125	100,0%

diamente di 593 euro pro-capite, contro i 645 euro della Lombardia. Sono invece residuali in entrambe le Regioni le quote di finanziamento rivolte a Dipendenze (2 euro in Emilia-Romagna, 7 euro in Lombardia), Immigrazione (4 euro in Emilia-Romagna, 1 euro in Lombardia) e adulti in difficoltà (10 euro in Emilia-Romagna, 5 euro in Lombardia). Tale confronto è schematizzato in Tabella 7.2.

7.6 I servizi e il tasso di copertura raggiunto

7.6.1 La risposta al bisogno di anziani non autosufficienti, persone disabili e bambini 0-3 anni.

A fronte di un cambiamento ingente dei bisogni, è importante analizzare e raggiungere la consapevolezza di quale sia il livello di copertura degli stessi raggiunto dagli interventi della Regione Emilia-Romagna e della Regione Lombardia. Al fine di analizzare i tassi di copertura dei bisogni realizzati è stato necessario, per ogni ambito di *policy*, sotto-categoria e servizio, analizzare le seguenti informazioni derivanti dai sistemi informativi sociali:

- ▶ per quanto riguarda i bisogni, è stato necessario identificare i tassi di prevalenza e/o incidenza epidemiologica o sociale di ogni specifica condizione (ad esempio, la non autosufficienza, la disabilità, ...) per determinare il bacino potenziale della domanda;
- ▶ per quanto riguarda l'offerta, si è considerato invece il numero di utenti serviti o presi in carico dai servizi degli enti delle due Regioni considerate.

L'insieme di queste informazioni ha permesso quindi di calcolare il tasso di reclutamento dei cittadini (indice di copertura del bisogno) come rapporto tra

utenti in carico e il numero totale dei portatori del bisogno, al fine di analizzare l'indice di copertura dei servizi¹³.

Per questa analisi sono stati selezionati i seguenti *target* di utenti:

- ▶ gli anziani non autosufficienti, che ricevono risposta tramite strutture residenziali, semiresidenziali e servizi domiciliari a diversa intensità;
- ▶ i disabili, che ricevono risposta tramite strutture residenziali, semiresidenziali e servizi domiciliari a diversa intensità;
- ▶ le famiglie, i cui bisogni di conciliazione vita/famiglia-lavoro e di educazione dei bambini in età pre-scolare ricevono risposta tramite asili nido, strutture similari e scuole dell'infanzia.

Si è scelto di non focalizzarsi sui bisogni relativi ai minori a rischio sociale, in quanto non esistono indici di prevalenza o incidenza per questo ambito di *policy*, e in quanto molti dei servizi dedicati ai minori nascono da un provvedimento dell'autorità giudiziaria e quindi dall'obbligatoria presa in carico tutelare dei casi. Si è deciso, inoltre, di non focalizzarsi sui servizi dedicati agli adulti, in quanto dati i molteplici servizi che possono essere offerti alla stessa persona, si otterrebbe un dato di copertura del bisogno potenzialmente distorto.

Si è scelto di strutturare un approfondimento specifico sul territorio della provincia di Bologna e dell'area metropolitana della città di Milano¹⁴. I due capoluoghi regionali possono essere comparati per evidenziare se e come due grandi città e aree metropolitane abbiano raggiunto indici di copertura simili nei rispettivi territori.

Partendo dall'analisi strutturata e analitica dei bisogni in entrambe le città è stato possibile stimare il numero di anziani non autosufficienti¹⁵. Questo nume-

¹³ Si utilizza come *proxy* del bisogno il numero totale (stimato o dato) delle persone che per età anagrafica o caratteristiche specifiche sono considerate destinatari dei servizi consapevolmente dei limiti e dei rischi derivanti da questa scelta. Si dovrebbe distinguere, infatti, tra bisogno e domanda e con riferimento a quest'ultima tra domanda primaria (quella espressa e soddisfatta – gli utenti in carico ai servizi), secondaria (quella espressa ma non soddisfatta – le liste d'attesa, le richieste rifiutate), latente o inespressa (quella che per vari motivi non viene espressa ma potenzialmente esiste).

¹⁴ Nei dati del territorio di Bologna per disponibilità, completezza e omogeneità del dato, si è scelto di prendere in considerazione per le strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili dati riferiti alla dotazione di posti. Essendo un dato di stock, esso potrebbe sottostimare la copertura del bisogno poiché sullo stesso posto potrebbe esserci rotazione degli utenti. I dati di Milano sono invece relativi al numero di accessi al servizio avvenuto, potrebbero quindi essere sovrastimati i tassi di copertura del bisogno.

¹⁵ Elaborazione CERGAS sui dati derivanti dal Network della non autosufficienza (2012). Il numero di anziani non autosufficienti è stato calcolato applicando il tasso di prevalenza statistica della non autosufficienza per fasce di età indicato da Istat (Terza indagine non autosufficienza e Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2004-2005) alla popolazione over 65 residente nelle due Regioni al 31.12.2011.

ro equivale a 42.926 all'interno della provincia bolognese e 39.581 anziani non autosufficienti all'interno della città di Milano.

In entrambe le realtà è stato possibile identificare il numero di utenti non autosufficienti presi in carico¹⁶ tramite i servizi residenziali, semiresidenziali e i servizi domiciliari. A fronte di questo numero, escludendo gli assegni di cura che vengono erogati in modalità differenti nei due Comuni, è stato possibile calcolare l'indice di copertura del bisogno che si attesta a circa 26% per la città di Bologna e provincia e circa 25% per la città di Milano (si veda tabella 1.3). È quindi possibile sottolineare la presenza per gli anziani di un tasso di copertura equivalente nelle due città e la presenza conseguente di un'alta percentuale di mercato privato della cura costituito da assistenti famigliari e *caregiver* informali che svolgono, molto spesso in logica di mercato informale, la funzione di assistenza domiciliare.

Se analizziamo il bisogno di cura delle persone disabili adulte, è possibile comparare i dati relativi alla copertura dei bisogni tramite strutture residenziali e semiresidenziali.

A fronte della definizione di disabilità derivante da ISTAT¹⁷, è possibile calcolare il numero di persone disabili adulte (18-64 anni) residenti (e quindi del bisogno potenziale): queste sono 7.689 nella provincia di Bologna e 11.552 all'interno della città di Milano.

L'indice di copertura del bisogno tramite l'utilizzo di strutture residenziali e semiresidenziali si attesta per entrambe le realtà sul 20% circa. Anche questo dato evidenzia l'equivalenza dei due territori nella copertura del bisogno. Se aggiungiamo al numero di persone in carico anche l'assistenza domiciliare sociale dei Comuni (SAD) dedicata ai disabili, escludendo gli assegni di cura è possibile identificare una copertura del bisogno che si attesta al 23% nel caso del territorio bolognese e al 27% nel caso della città di Milano, anch'essi non distanti tra di loro.

Risulta inoltre interessante riscontrare l'esistenza di una intensità di assistenza domiciliare per i disabili adulti simile nelle due città, che si attesta su circa 6 ore medie settimanali in entrambi i territori. L'intensità media di assistenza do-

¹⁶ Dati forniti dagli Assessorati, dall'Ufficio di Piano, dall'Ufficio statistica della Regione Emilia Romagna e del Comune di Milano.

¹⁷ Il numero delle persone disabili residenti è stato stimato, come il numero degli anziani non autosufficienti, applicando alla popolazione residente 18-64 i tassi di prevalenza indicati da Istat. Secondo Istat, una persona è definita «disabile» se presenta gravi difficoltà in almeno una delle seguenti dimensioni: confinamento a letto, su una sedia o in casa; difficoltà di movimento, difficoltà nelle funzioni quotidiane, difficoltà nella comunicazione (vista, udito e parola). Nel rilevare il fenomeno della disabilità, Istat ha fatto da sempre riferimento al questionario predisposto negli anni '80 da un gruppo di lavoro dell'OCSE sulla base della classificazione OMS (ICIDH – International Classification of Impairment, Disease, Disability and Handicap –1980). Sebbene siano noti i limiti di tale strumento, non è a tutt'oggi disponibile in Italia una operazionalizzazione della nuova classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), approvata dall'OMS nel 2001 e condivisa a livello internazionale.

Tabella 7.3 I tassi di copertura del bisogno nelle due regioni

Target sociali	Bologna		Milano	
	Domanda potenziale (Bisogno stimato)	% di utenti in carico ai servizi (Tasso di copertura del bisogno)	Domanda potenziale (Bisogno stimato)	% di utenti in carico ai servizi (Tasso di copertura del bisogno)
Anziani non autosufficienti	42.926	26%	39.581	25%
Disabili adulti	7.689	23%	11.552	27%
Bambini 0-3	26.853	34%	35.958	28%

miciliare nei confronti degli anziani si attesta invece su 3 ore medie settimanali per la città di Milano, mentre non è stato possibile analizzare i dati riguardanti il territorio bolognese. Anche in questa analisi è possibile nuovamente evidenziare una convergenza nella copertura dei bisogni e nell'intensità assistenziale, sottolineando una assoluta uniformità nei risultati in termini di estensione (modesta) del welfare pubblico. È interessante abbinare a questi dati alcune stime riguardanti il numero di assistenti famigliari (o badanti) che operano nelle due città. Anche in questo caso si riscontra una sostanziale convergenza tra i dati: si stimano infatti circa 23.000 «badanti» regolari ed irregolari per la città di Bologna con una spesa annua delle famiglie stimata in circa 280.000.000 euro; la stima è invece di circa 28.000-32.000 per la città di Milano con una spesa annua delle famiglie di circa 320.000.000 euro.

Infine se analizziamo il tasso di copertura del bisogno riferito agli asili nido (Saraceno, 2008; Gasbarrone, 2013), partendo dal numero di potenziali utenti, nella provincia di Bologna i bambini in fascia 0-3 anni sono 26.853, mentre nella città di Milano 35.958. Considerando la disponibilità di servizi pubblici e privati accreditati, l'indice di copertura del bisogno si attesta al 34% nella provincia di Bologna e al 28% nella città di Milano¹⁸ (Tabella 7.3). Simile convergenza si ottiene anche indagando le politiche relative alla scuola dell'infanzia (considerando quindi anche le scuole civiche paritarie), per le quali il tasso di copertura del bisogno è molto alto e si attesta sul 95% dei bambini in entrambe le realtà.

7.6.2 FOCUS: I servizi residenziali per gli anziani non autosufficienti

La regione Lombardia ha una dotazione di 768 RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani). Queste equivalgono ad una dotazione di posti letto pari a 60.506 di cui 57.483 (37 ogni mille anziani over 65¹⁹, 60 ogni mille anziani over

¹⁸ Dati forniti dagli Assessorati, dall'Ufficio di Piano, dall'Ufficio statistica della Regione Emilia Romagna e del Comune di Milano

¹⁹ Media nazionale pari a 25%.

75) a contratto con le ASL della regione²⁰. Questo vuol dire che a fronte della totalità dei posti letto disponibili rispondenti agli standard regionali (e quindi autorizzati ed accreditati), il 95% riceve un finanziamento pubblico che copre mediamente il 44% del costo pieno sostenuto (ovvero è previsto il pagamento della tariffa sanitaria da parte delle ASL secondo il sistema di tariffe regionali riconosciute). Il 5% del totale è rappresentato da posti totalmente privati, disponibili sul mercato. Con riferimento al territorio della ASL di Milano i posti letto a contratto sono 8.918, ovvero il 99% del totale.

Riguardo alla regione Emilia-Romagna, i dati a disposizione sono quelli relativi al territorio della provincia di Bologna²¹. Su un totale di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali di 8.006, il 49% (3.950 posti letto) sono finanziati attraverso risorse pubbliche, mentre il 51% (4.056 posti di cui 2.731 in casa di riposo) sono finanziati interamente dagli utenti.

Le rette per i servizi residenziali sono state oggetto di interventi regionali regolativi in Emilia-Romagna dove, dal 2009, tutti i distretti sociosanitari hanno adottato regole omogenee per la definizione delle tariffe a carico del sistema pubblico e degli utenti. Nel caso delle strutture accreditate la retta giornaliera è coperta per il 55% da finanziamenti pubblici mentre la quota a carico degli utenti è stata definita a livello regionale in 49,50 euro giornalieri²². Per le strutture che offrono posti letto esclusivamente al mercato privato, i dati relativi alla provincia di Bologna evidenziano una retta media per l'utente di 90 euro giornalieri (costo pieno) per le strutture residenziali e di circa 70 euro giornalieri per le semiresidenziali. In Lombardia, al contrario, non sono stati realizzati interventi di regolazione o indirizzo sulle rette esposte dagli enti gestori con il risultato che la retta alberghiera (o quota sociale) varia ampiamente sul territorio regionale ed è generalmente aumentata a partire dal 2008 (Tidoli, 2013). I dati più aggiornati²³ mostrano una variazione delle rette medie a carico degli utenti (retta alberghiera, al netto del contributo ASL per la parte sanitaria) che va da un massimo regionale di 73,92 euro giornalieri ad un minimo regionale di 39,94 euro giornalieri, anche con punte fino a 130 euro-*die* a Milano.

Alla luce di tali dati sui servizi e sulle rette, qual è il contributo medio a carico delle famiglie in regione Lombardia e in Emilia-Romagna²⁴? In regio-

²⁰ Dati tratti da Osservatorio rette Rsa Lombarde» della Cisl; dalla Dgr IX/4334 del 26.10.2012 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013» e da Tidoli (2013).

²¹ Fonte per la dotazione posti letto in Emilia-Romagna: SIPS 2010.

²² Fonte dei dati sulle rette in Emilia-Romagna: indagine di mercato Cergas (2012) su un campione di strutture della provincia di Bologna, DGR 2161 del 2009, «Approvazione del Sistema Omogeneo di tariffa per i servizi sociosanitari per anziani valevole per l'accredimento transitorio».

²³ All'aprile 2012 per i dati tratti «Osservatorio rette Rsa Lombarde» della Cisl (la retta massima pagata dall'utente) e il dicembre 2011 per i dati tratti Dgr IX/4334 del 26.10.2012 (il valore della retta media).

²⁴ Con riferimento al territorio della ASL di Bologna.

ne Lombardia il 95% degli utenti contribuisce in media per 20.800 euro all'anno. Al netto dell'assegno INPS per la non autosufficienza il contributo a carico delle famiglie è di circa 14.850 euro annui. In regione Emilia-Romagna, le rette relative al 49% dei posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali sono finanziate in parte tramite risorse pubbliche e la contribuzione degli utenti ammonta a 18.068 euro all'anno (5.900 euro all'anno circa al netto del contributo INPS). Gli utenti che usufruiscono invece dei posti letto in strutture residenziali finanziati privatamente contribuiscono in media per 32.850 euro annui; al netto dell'assegno INPS, il contributo è di 26.935 euro annui.

7.7 Convergenze e divergenze tra i modelli regionali

Il metodo proposto per l'analisi dei modelli di welfare regionali si fonda sull'approfondimento di quattro dimensioni:

1. Valori di fondo e assetti istituzionali;
2. Contesto socio – economico;
3. Risorse;
4. Servizi e tasso di copertura.

Dal punto di vista dei valori di fondo e degli assetti istituzionali, i due sistemi divergono in modo significativo. I principi di riferimento sono infatti molto diversi, con una maggiore centralità degli attori pubblici nel sistema emiliano – romagnolo e delle famiglie e delle logiche di mercato in quello lombardo. L'assetto istituzionale, pur in presenza in entrambi i sistemi di un ruolo principale della Regione nel dettare le linee strategiche, vede invece una marcata differenza nelle funzioni delle aziende (AUSL in Emilia-Romagna, ASL in Lombardia) e dei comuni. La produzione è, infatti, esternalizzata in entrambi i modelli, sia in ambito sociale sia in ambito socio-sanitario, ma la committenza è organizzata con modalità molto differenti. In Emilia-Romagna, la committenza è integrata sul versante sociale e socio-sanitario, afferisce al distretto ed è condivisa tra AUSL e comuni; in Lombardia, i comuni esprimono la committenza sul versante sociale, mentre le ASL sul versante socio-sanitario.

I sistemi di finanziamento sono in entrambi i casi caratterizzati da un alto grado di frammentazione, in particolare tra le poste a destinazione sociale e quelle a destinazione socio-sanitaria, tra quelle trasferite ad attori pubblici e quelle erogate alle famiglie.

Il contesto sociale ed economico vede significativi elementi di analogia nelle due regioni. Dal punto di vista demografico, delle traiettorie di impoverimento e del tasso di disoccupazione entrambe le Regioni si distinguono dal resto del pa-

ese, con indicatori critici dal punto di vista dell'evoluzione storica, ma migliori rispetto al quadro nazionale. Anche sotto il profilo dell'occupazione femminile, entrambe le Regioni si distaccano dalla situazione del Paese, e convergono verso tassi di occupazione femminile che si attestano appena sopra il 60%. La prevalenza di famiglie unipersonali caratterizza entrambe le regioni, soprattutto nel cuore delle aree metropolitane e delle città.

Sotto il profilo delle risorse per interventi sociali e sociosanitari, la dotazione complessiva e l'articolazione interna vedono ulteriori elementi di convergenza tra le due regioni, che si attestano su un livello complessivo di spesa pro-capite superiore ai millecento euro. Quanto alla composizione, il rapporto tra le risorse detenute dai soggetti pubblici (31% in Emilia-Romagna, 26% in Lombardia) e quelle direttamente detenute dai cittadini (69% in Emilia-Romagna, 74% in Lombardia) è molto simile nei due modelli: in entrambi, infatti, l'azione regolata dall'attore pubblico (secondo i principi e i valori ricordati anche nel presente capitolo) costituisce una quota pari a circa il 30% del sistema di welfare sociale e sociosanitario.

I due modelli divergono rispetto al peso specifico dei comuni e della Regione: in Emilia-Romagna i Comuni gestiscono 179 euro, a fronte di 151 euro di parte regionale. In Lombardia, invece, i comuni pesano meno (115 euro procapite), e la regione di più (169). Divergono inoltre le quote di compartecipazione, che in Lombardia sono pari a 93 euro procapite e in Emilia-Romagna pari a 54 euro procapite, considerando anche che nei dati disponibili manca la contabilizzazione delle rete per strutture interamente private (51% della rete in provincia di Bologna) ed è quindi probabile una convergenza di contribuzione media, seppur con diversa distribuzione dei carichi finanziari tra gli utenti.

Tuttavia, in entrambi i casi, il principale finanziatore è INPS, con una quota pari al 64% e al 66% delle risorse complessive.

Sotto il profilo del finanziamento, i servizi residenziali per gli anziani rappresentano un contesto di particolare interesse e caratterizzato da una divergenza molto significativa: nel territorio di Bologna il 49% dei posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani gode di un finanziamento pubblico, mentre il 51% sono destinati al mercato al di fuori di qualunque relazione (se non di autorizzazione all'esercizio) con i soggetti pubblici (salvo contributi sociali per utenti poveri). Al contrario, in Lombardia, solo una quota minima, pari al 5% dei posti letto nelle strutture residenziali, è destinata al mercato privato²⁵. Molto differenti anche le scelte di regolazione adottate sul fronte tariffario: l'Emilia-Romagna regola in termini contrattuali le rette applicate agli utenti in quella quota di posti letto (pari al 50% circa) che gode di finanziamento pubblico, mentre lascia libere quelle applicate nel restante 50% di posti, che sono completamente regolati dal mercato. In Lombardia, invece, tutti i produttori sono liberi di

²⁵ Come da dati forniti dagli Assessorati delle due regioni.

definire le rette applicate agli utenti, sia per i posti letto accreditati, sia per i pochi soltanto autorizzati.

Il confronto per quanto attiene ai servizi e al tasso di copertura è stato condotto con riguardo alla città di Bologna e provincia e alla città di Milano.

Il tasso di copertura dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente oscilla tra il 25 e il 26%; lo stesso indicatore, rispetto ai servizi residenziali per la popolazione disabile, è pari al 20%. Considerando anche gli interventi domiciliari si oscilla tra il 23% (Bologna) e il 27% (Milano) della popolazione disabile. Anche l'intensità assistenziale erogata è omogenea nei due territori (3 ore medie settimanali per gli anziani, 6 per la popolazione disabile).

Pur in un quadro di relativa omogeneità, una qualche differenza si riscontra nell'ambito degli asili nido, che arrivano a una copertura della popolazione pari al 28% a Milano, al 34% a Bologna.

7.8 Conclusioni

L'analisi comparativa tra i due modelli regionali produce alcuni elementi di divergenza, ma, soprattutto, molti tratti di convergenza.

Le differenze più marcate afferiscono al fronte dei principi, dei valori e degli assetti istituzionali. Al contrario, fortissimi sono i tratti di convergenza sotto differenti profili:

- ▶ delle dinamiche economiche e sociali che stanno attraversando i territori;
- ▶ della dotazione complessiva di risorse;
- ▶ dei tassi di copertura della popolazione e dell'intensità assistenziale erogata.

A fronte di divergenze molto significative riscontrabili nei documenti ufficiali e nel dichiarato dei modelli regionali, i tratti di convergenza in termini di azioni, scelte ed esiti sembrano quindi prevalere. Questo non sorprende gli studiosi di management pubblico, che sono abituati a registrare la distanza tra le dichiarazioni valoriali e il piano delle concrete azioni di *policy*. La sostanziale convergenza dei due sistemi aiuta però a considerare la comunanza dei problemi e anche la relativa sterilità di alcune contrapposizioni ideologiche, supportando l'ipotesi di un maggiore confronto e tasso di collaborazione per la valutazione e la ri-progettazione *evidence based* dei sistemi di welfare tra le Regioni leader del paese.

Il principale, ma anche unico elemento di divergenza rilevante appare l'assetto di relazione con il mercato che caratterizza il sistema di offerta per anziani in ambito residenziale nelle due regioni. Tuttavia, desta particolare attenzione il fatto che le scelte operate rispetto alla presenza di meccanismi di mercato vada, in entrambe le regioni, nella direzione opposta a quella dichiarata nei principi di riferimento che fondano i due modelli.

Bibliografia

- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, (2012), «Documento per un'azione di rilancio delle Politiche sociali», 12/134/CRFS/C8.
- Comune di Bologna, (2010), *Profilo di Comunità*.
- Comune di Milano, (2012), *Ufficio statistiche ufficiali*.
- Davies P. (2012), «The State of Evidence-Based Policy Evaluation and its Role in Policy Formation», *National Institute Economic Review*, 219(1), pp.41-52.
- Ferrario P. (2009), «Servizi sociali e socio-sanitari in Lombardia», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1, pp. 3-4.
- Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A. (2012), «Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?» in Cantù E., (a cura di), (2012), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Fosti G., Larenza O., Rotolo A. (2012), «La programmazione sociale e sociosanitaria nelle reti interistituzionali: il caso Regione Lombardia», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Gasbarrone M. (2013), «Asili Nido, facciamo chiarezza», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 4, pp. 30-31.
- Ghetti V. (2012), «Nuove indicazioni per il Fondo Sociale Regionale e contributi per minori in comunità e in affido», *LombardiaSociale.it*, 03/08/2012.
- Gori C., (a cura di), (2010), *Come cambia il welfare lombardo. Una valutazione delle politiche regionali*, Maggioli editore, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Gori C. (2013), «Spesa sociale in Lombardia: chi paga il conto?», *LombardiaSociale.it*, 23/05/2012.
- Gori C., Pains F., Sensi G. (2013), «Il Welfare senza veli: quei luoghi comuni da sfatare», *Welfare Oggi*, 1, pp.11-14.
- Ismu (2009), *Quindicesimo rapporto sulle migrazioni 2009*, FrancoAngeli, Milano.
- Istat (2010), *Rapporto sulla coesione sociale*.
- Istat (2011), *Rapporto annuale*.
- Istat (2012), *Rapporto annuale, la situazione del Paese*.
- Marano A. (2011), «I tagli all'assistenza in Italia. Motivazioni e conseguenze», *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2, pp.61-88.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2011), *Nota sull'analisi della spesa sociale in Italia*.
- Muraro G., Rebba V. (a cura di), (2009), *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria. Principali esperienze nazionali ed estere*, FrancoAngeli, Milano.
- Pavolini E., Ranci C. (2008), «Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries», *Journal of European Social Policy*, 18 (3), pp. 246-259.

- Pedersen C.G. (2007), «More than data questions and methodological issues: theoretical conceptualization and the dependent variable problem in the study of welfare reform», in Clansen J., Siegel N.A., (edited by), (2007), *Investigating Welfare state change. The «Dependent variable problem» in comparative analysis*, Cheltenham, Edward Elgar, pp.13-23.
- Pelliccia L. (2013a), «La gestione del budget per il welfare: il ruolo dei vari attori», *LombardiaSociale.it*, 27/02/2013.
- Pelliccia L. (2013b), «L'allocazione del budget per il welfare: il riparto tra i diversi interventi», *LombardiaSociale.it*, 22/03/2013.
- Regione Lombardia (2012), *La rete dei servizi per la non autosufficienza*.
- Rosetti A. (2009), «Il Piano sociale e sanitario in Emilia Romagna 2008-2010: la sfida dell'integrazione», in Barretta A.D., (a cura di), (2009), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna, pp.319-339.
- Saraceno C. (2008), «Come si misurano i tassi di copertura dei servizi per l'infanzia?», *Neodemos.it*, 19/11/2008.
- Tidoli R. (2013), «A che punto siamo sulla residenzialità per anziani? Tre Regioni a confronto con la Lombardia», *LombardiaSociale.it*, 24/04/2013.