

4 **Caratteristiche e criticità del settore socio-sanitario italiano: quali prospettive di policy?**

di Giovanni Fosti, Ornella Larenza, Francesco Longo, Andrea Rotolo¹

4.1 **L'arcipelago del settore socio-sanitario italiano**

Il settore socio-sanitario del *welfare* italiano difficilmente può essere definito e rappresentato come un sistema, perché rappresenta, nel suo complesso, più un arcipelago di produttori e di attori complementari in cui non sempre è rintracciabile una chiara azione di regia complessiva. Del resto non è mai intervenuta una riforma organica del settore, che si ritrova pertanto ad essere la sommatoria di tante azioni parziali, talvolta pensate a livello nazionale, altre a livello regionale o locale, su spinta del settore sociale o, alternativamente, di quello sanitario. Una stratificazione di interventi legislativi e di riforma di diversa origine, a cui si sommano i processi spontanei interni di trasformazione e i veloci cambiamenti sociali in essere che riposizionamento implicitamente gli attori, non possono determinare un sistema. Obiettivo del presente lavoro è raccontare la configurazione e le geografie di questo arcipelago, per dare al lettore delle mappe per orientarsi e interpretarlo nel suo complesso.

Esordiamo dicendo che si tratta di un settore di *policy* dove le principali funzioni (finanziamento, programmazione, committenza, produzione) sono disperse tra una pluralità di attori, non necessariamente gerarchicamente ordinati tra di loro. In particolare la funzione di produzione è largamente esternalizzata a produttori diversi dalle istituzioni pubbliche titolari della funzione di tutela sociale. Nel 2008, ad esempio, l'assistenza socio-sanitaria di tipo residenziale finanziata dal SSN era offerta da 1.419 strutture pubbliche (26,7 % del totale) e 3.901 strutture private accreditate (73,3% del totale) (Ministero della Salute, 2011), l'assistenza semiresidenziale contava nello stesso anno un numero di strutture pubbliche pari a 979 (41% del totale) e private accreditate pari a 1.367 (58,3% del totale). L'analisi longitudinale tra il 2005 e il 2008 mostra un trend in netta

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i §§ 4.1 e 4.5 sono da attribuire a Francesco Longo, il § 4.2 a Ornella Larenza, il § 4.3 a Giovanni Fosti e il § 4.4 ad Andrea Rotolo.

crescita del numero di strutture private accreditate (sebbene un trend positivo interessa anche le strutture pubbliche, seppur in minor misura) in questi due segmenti di offerta sociosanitaria; in particolare, nell'offerta di strutture semiresidenziali la variazione è pari al 3,8%, mentre nel residenziale arriva al 5,8%. Non di rado il privato che offre servizi sociosanitari appartiene al Terzo Settore, in particolare alle cooperative, che rappresentano una tra le formule giuridiche più frequenti.

La frammentazione delle funzioni impone uno sguardo ampio all'arena del settore, dovendo osservare sia i finanziatori, sia i committenti, sia i produttori, che non necessariamente coincidono per poter cogliere una vista d'insieme. Nelle pagine che seguono si ricostruisce il perimetro del settore sociosanitario in termini di interventi e risorse a questi assegnate. Dopo una panoramica delle principali caratteristiche del settore, se ne descrivono le criticità prevalenti con riferimento alla geografia dei produttori, mettendo in risalto i fabbisogni di *policy* per il governo dell'offerta, in generale, e dell'offerta esternalizzata in particolare. Le caratteristiche e le criticità individuate sono successivamente testate nel territorio dell'Emilia Romagna, intervistando i Direttori sociali delle AUSL. Questi ultimi hanno espresso le proprie osservazioni rispetto a tre dimensioni principali della rete d'offerta locale (le dotazioni infrastrutturali, la tipologia di servizi disponibili e l'intensità assistenziale) individuandone le criticità. Le caratteristiche dell'offerta nel settore sociosanitario emiliano – romagnolo vengono lette alla luce del modello iniziale proposto e costituiscono la base per alcune riflessioni sui fabbisogni di *policy* degli attori pubblici nei settori sociale e sociosanitario.

4.2 Il sistema di offerta sociosanitaria in Italia: risorse, attori e ruoli

Se da un punto di vista legislativo il settore sociosanitario risulta abbastanza definito, delimitare nel concreto il perimetro della spesa sociosanitaria è operazione ben più complessa.

Dal punto di vista legislativo, già nei principi e negli obiettivi della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/1978), infatti, si concettualizzava una visione olistica della salute, intesa come benessere fisico associato al benessere psichico. Un richiamo più recente alla necessità di integrare questi due aspetti sul fronte della gestione degli interventi è la L. 328/00, relativa alla pianificazione integrata degli interventi sociali e sanitari, mentre il DPCM 14 febbraio 2001 declinava esplicitamente l'area delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione individuabili, come quelle che per cui nessuna delle due componenti (sanitaria e sociale) prevale sull'altra, erogabili in modalità ambulatoriale, domiciliare o residenziale, con il concorso di professionalità di entrambi i mondi (sanitario e sociale) e costruendo interventi organici attorno ai soggetti beneficiari, sulla base di valutazioni multidimensionali (proprio in virtù della comples-

sità intrinseca dei «problemi» sociosanitari). Le aree entro cui tali interventi ricadrebbero sono dunque (Brizzi e Cava, 2003):

- ▶ L'area materno infantile
- ▶ L'area anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative
- ▶ L'area disabilità
- ▶ L'area delle patologie psichiatriche
- ▶ L'area delle dipendenze da droga, alcol e farmaci
- ▶ L'area delle patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.

Malgrado la chiarezza della tassonomia proposta, l'analisi delle risorse impegnate per il settore sociosanitario non risulta agevole, in virtù delle numerose sovrapposizioni tra attori e relative funzioni nel sistema di *welfare* complessivo, tra ambiti socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari. Secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali riportati nella Tabella 4.1, le risorse pubbliche impiegate per l'assistenza sociosanitaria per invalidità e non autosufficienza (due grandi capitoli di spesa sociosanitaria) in Italia nel 2009 ammonterebbero complessivamente a circa 47 miliardi. Tale considerevole cifra è tuttavia il risultato della sommatoria di numerose prestazioni differenti per natura e valore economico all'interno del complessivo sistema pubblico. Di queste risorse una prima quota di 11,6 miliardi proviene dai Fondi Sanitari Regionali e costituisce la quasi totalità della spesa sociosanitaria finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale (FSN), che è impiegata per finanziare assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale e protesica. Altri 34,4 miliardi finanziano trasferimenti monetari in forma di indennità, pensioni, assegni e rendite concesse per invalidità di diversa natura e inabilità. Infine circa un miliardo è allocato per deduzioni e detrazioni per spese mediche sopportate dal soggetto invalido o non autosufficiente. Gli 11,6 miliardi di spesa per la non autosufficienza non esauriscono però il computo della spesa sociosanitaria finanziata dal SSN, che include ulteriori 2 miliardi relativi per una metà all'area materno infantile (consultori) e per l'altra metà all'area dipendenze (Longo, Salvatore, Tasselli, 2010). Includendo queste ultime voci di spesa al totale stimato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali la spesa sociosanitaria complessiva ammonterebbe dunque ad almeno 49 miliardi di euro², di cui almeno 13 finanziati dal SSN.

Le risorse pubbliche per il settore sociosanitario sono 49 Mld e ben 36 Mld sono costituiti da trasferimenti monetari alle famiglie, mentre i servizi diretti garantiti dal SSN hanno un valore pari a 13 Mld. Si tratta quindi di un settore largamente sbilanciato a favore dell'autoproduzione familiare, il che spiega le caratteristiche illustrate nel seguito del capitolo.

² La spesa sociale netta dei comuni, pari a 7 miliardi di euro (ISTAT, 2012), eventualmente impiegata per il finanziamento di interventi sociosanitari non è inclusa.

Tabella 4.1 **Spesa per prestazioni di invalidità, non autosufficienza ed altre sanitarie extra SSN (2009)**

| | |
|--|------------------|
| Assegno di invalidità | 2.873,00 |
| Pensione di inabilità | 988,00 |
| Pensione di invalidità ante 222/84 | 8.572,00 |
| Rendite dirette Inail | 3.502,00 |
| Altro Inail | 537,00 |
| Totale | 16.472,00 |
| Pensioni di guerra | 869,00 |
| Invalidità civili (pensione e/o indennità) | 15.105,00 |
| Ciechi | 1.170,00 |
| Sordomuti | 179,00 |
| Totale | 16.454,00 |
| Permessi legge 104 | 398,00 |
| Congedo straordinario assistenza disabili | 102,00 |
| Totale | 500,00 |
| Detrazione, premi invalidità, morte, etc. | 934,00 |
| Detrazione spese accomp. Disabili | 68,00 |
| Detrazione assistenza non autosuff. | 31,00 |
| Deduzione spese mediche invalidi permanenti | 75,00 |
| Totale | 1.108,00 |
| Componente sociosanitaria FSN | |
| Assistenza protesica | 143,00 |
| Assistenza ospedaliera lungodegenti | 638,00 |
| Assistenza ospedaliera riabilitazioni | 1.997,00 |
| Ambulatoriale e domiciliare | |
| Assistenza programmata a domicilio | 1.155,00 |
| Assistenza riabilitativa ai disabili | 846,00 |
| Assistenza agli anziani | 291,00 |
| Assistenza ai malati terminali | 50,00 |
| Territoriale semiresidenziale | |
| Assistenza riabilitativa ai disabili | 669,00 |
| Assistenza agli anziani | 29,00 |
| Assistenza ai malati terminali | 29,00 |
| Territoriale residenziale | |
| Assistenza riabilitativa ai disabili | 1.198,00 |
| Assistenza agli anziani | 2.659,00 |
| Assistenza ai malati terminali | 158,00 |
| Fondo non autosufficienze | 400,00 |
| Prepens. Per motivi sanitari | 1.362,00 |
| Totale | 11.624,00 |
| Copertura figurativa INPS | |
| Permessi legge 104 | 89,00 |
| Congedo straordinario assistenza disabili | 34,00 |
| Totale | 123,00 |
| Totale invalidità e non autosufficienza | 47.150,00 |

Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali (versione provvisoria)

Se anche aggiungiamo la spesa socio-assistenziale dei Comuni, prevalentemente orientata a produrre servizi reali, pari a 7 miliardi annui (ISTAT, 2012), comunque la quota di produzione di servizi reali nel comparto sociosanitario e socio-assistenziale integrato rimane largamente minoritaria: 20 miliardi contro 36 miliardi di trasferimenti monetari alle famiglie.

L'analisi dell'articolazione delle funzioni degli attori pubblici nel settore sociosanitario conferma il quadro di una *governance* frammentata e contraddittoria, già emergente dall'analisi della spesa, e lascia intravedere le rilevanti implicazioni di quest'ultima sulla complessità gestionale. Se la Costituzione attribuisce un ruolo primario alle regioni nella definizione delle politiche sociali, i 36 miliardi di spesa sociosanitaria di fonte nazionale (trasferimenti monetari INPS) contro i 13 provenienti dai Fondi sanitari regionali, spostano l'esercizio delle prerogative di governo in favore dell'amministrazione centrale, tradendo la disposizione normativa che vuole la protezione sociale competenza esclusiva delle regioni, determinano uno squilibrio tra funzioni attribuite per legge ed effettiva disponibilità di risorse per l'esercizio delle stesse.

È da sottolineare inoltre che il grado di differenziazione degli assetti regionali con riferimento alle politiche sociosanitarie è estremamente elevato, ed è stato accentuato dalla nuova potestà attribuita alle regioni dalla riforma del titolo V della Costituzione. A livello locale, il sistema sociosanitario prevede inoltre il concorso dei comuni e degli utenti: i primi sostanzialmente per il finanziamento della componente sociale degli interventi sociosanitari, i secondi per la partecipazione alla spesa pubblica. Gli utenti, inoltre, giocano un ruolo di primo piano nel sistema complessivo, contribuendo in maniera significativa in termini di lavoro di cura informale e spesa *out of pocket*. Nell'ambito sociosanitario, infatti, la spesa privata delle famiglie riveste un ruolo determinante come dimostrano i 9 miliardi spesi da queste ultime per il solo acquisto di prestazioni di assistenza informale personale – si veda il fenomeno delle badanti – a fronte di 36 miliardi di trasferimenti monetari (è molto probabile che un parte dei trasferimenti monetari INPS finanzino l'acquisto di assistenza privata da parte delle famiglie) (Pasquinelli e Rusmini, 2008).

La frammentazione delle responsabilità pubbliche su singoli segmenti di attività e partite finanziarie risulta ancor più evidente osservando nel dettaglio la ripartizione di funzioni e responsabilità con specifico riferimento agli interventi territoriali (escludendo pertanto i trasferimenti monetari INPS) sulle diverse aree che compongono il settore sociosanitario. Dall'analisi della ripartizione delle competenze istituzionali su alcune aree prese ad esempio, risulta evidente come spesso il criterio guida della ripartizione stessa sia la provenienza dei finanziamenti (nazionali, locali) o la natura dell'attività (sanitaria, quindi afferente al SSN e assistenziale, quindi di competenza degli enti locali) e non un disegno strategico ed intrinsecamente coerente degli assetti

di *governance* di settore in funzione del quadro epidemiologico e sociale da fronteggiare.

A valle, tuttavia, l'utente esprime bisogni più complessi e difficilmente «incassabili» nella frammentazione delle competenze istituzionali, pertanto quando l'amministrazione non riesce a ricomporre la sua azione prima di arrivare all'utente, è quest'ultimo a doversi fare carico di questa gravosa operazione.

Nell'area materno infantile, ad esempio, sono a carico del SSN gli interventi di assistenza consultoriale (prestazioni mediche, sociali e psicologiche), le attività inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza (prestazioni mediche, sociali e psicologiche), la protezione dei minori in stato di abbandono (prestazioni mediche e psicoterapeutiche per minori e famiglie, anche attraverso affidi e adozioni) e gli interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico di minori vittime di abusi. Sono invece finanziati dai comuni e, da questi gestiti, gli interventi in favore di minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e le prestazioni di sostegno economico e sociale in favore di famiglie disagiate. E' evidente che questo confine istituzionale, che diventa frattura dei servizi, impedisce la ricomposizione della presa in carico su soggetti così fragili come minori soggetti a provvedimenti giudiziari e contemporaneamente bisognosi di assistenza psicologica o medica.

Nell'area della disabilità tutte le prestazioni (domiciliari, semiresidenziali, residenziali e ambulatoriali) e l'assistenza protesica per il recupero funzionale e sociale dei soggetti minorati sono interamente a carico del SSN. La situazione si complica nel caso delle prestazioni di riabilitazione, educative e di facilitazione dell'inserimento lavorativo. Queste ultime sono interamente a carico del SSN per quanto attiene le prestazioni diagnostiche, la riabilitazione e la consulenza specialistica; 70% a carico del SSN e 30% a carico del comune (fatta salva la compartecipazione dell'utenza prevista dalle norme regionali e comunali) in caso di assistenza a disabili gravi in strutture residenziali o semiresidenziali accreditate: 40% a carico del SSN e 60% a carico dei comuni in caso di disabili gravi privi di sostegno familiare e pertanto ospitati in via permanente dalle strutture residenziali. Infine, quando l'assistenza per i disabili è esclusivamente di carattere sociale, scolastico o educativo, questa compete ai comuni ed è finanziata dalle risorse di questi ultimi (Brizzi e Cava, 2003).

Riassumendo, l'ambito sociosanitario raccoglie una molteplicità di sfere del bisogno dell'individuo che spaziano dalla dimensione psico-fisica a quella economica, da quella sociale a quella relazionale (attinente alla famiglia e agli affetti). Tali bisogni di fatto non sono riconosciuti come diritti soggettivi esigibili, pertanto la loro soddisfazione è posta in stretta relazione ai vincoli di bilancio delle amministrazioni che presidiano questo settore, con la conseguenza che l'offerta non copre la totalità del bisogno esistente e che vi sono grandi variabilità nel paese nei tassi di copertura. Per questa ragione il settore sociosanitario, a differenza di quanto accade nel settore sanitario, è caratterizzato da un secondo ele-

mento determinante: la rilevanza della spesa privata e o del lavoro privato di cura delle famiglie per prestazioni assistenziali di base. Contrariamente al settore sanitario, in cui la spesa privata *out-of-pocket* è indirizzata verso l'acquisto di prestazioni ancillari o per poter scegliere un professionista di fiducia (ad esempio in ginecologia) (Del Vecchio, Rappini, 2011), nel sociosanitario anche i servizi *core* (ad esempio l'assistenza domiciliare per gli anziani) sono spesso acquistati sul mercato privato (le badanti) e senza intermediazione pubblica.

Sebbene in termini assoluti i volumi di spesa del settore siano considerevoli, la frammentazione delle risorse tra i diversi attori pubblici ne riduce l'efficacia, distruggendo valore individuale e collettivo, determinando anche una certa opacità o inconsapevolezza sulla stessa.

La diversità territoriale nelle architetture istituzionali e nell'allocazione delle risorse, ad esempio tra sanità e ambito socio-sanitario, incrementa la divaricazione tra i territori in termini di completezza dell'offerta e di intensità di cura.

In un settore di *policy* frammentato e confuso come quello descritto «una larga parte dei soggetti percepisce, direttamente o indirettamente, più di una prestazione in un sistema in cui è assente una valvola di regolazione dei cumuli» (Mazzotti, 2010).

4.3 Le criticità del sistema dei produttori e il relativo fabbisogno di governo

I produttori di servizi sociosanitari si inseriscono nel sistema così definito adattandovisi, contribuendo a comporre una geografia estremamente articolata e poco sinergica e determinando alcune rilevanti criticità e conseguenti obiettivi di governo del committente pubblico (Tabella 4.2).

Un primo aspetto riguarda la relazione tra la domanda e l'offerta e, in particolare, il meccanismo con cui l'attuale struttura di offerta agisce per la trasformazione del bisogno in domanda. Nel settore sociosanitario è spesso l'offerta a determinare di fatto la domanda, ancor più che nel settore sanitario. Infatti, data la struttura di offerta piuttosto consolidata, presente sul territorio, di natura generalista e aspecifica, il committente pubblico tende a definire le caratteristiche dell'utenza dei servizi erogati dai gestori accreditati, sulla base delle caratteristiche delle strutture e dei servizi già disponibili sul territorio di competenza. Così facendo, l'assegnazione dell'utente a una struttura o a un servizio, non è determinata dal bisogno espresso da quest'ultimo, ma dall'offerta esistente sul territorio (si veda il caso degli anziani che pur preservando l'autonomia in alcune funzioni vitali, vengono ricoverati in RSA). In questo modo, il committente pubblico genera un processo decisionale avulso da qualunque riflessione sulla definizione delle priorità di allocazione delle risorse tra bisogni di cura e non incide sulla capacità del mercato di adattarsi al cambiamento e alla eterogeneità dei

bisogni. Per l'utente, dunque, non vi sono possibilità per contribuire a definire il servizio e non resta che «incasellarsi» nell'offerta esistente, spesso standardizzata e quindi non totalmente a misura delle proprie esigenze. Questa tendenza è del tutto in linea con la regola generale del funzionamento dei quasi mercati nel *welfare*: l'esternalizzazione dei servizi porta i beneficiari degli stessi a poter esercitare un controllo limitato sui servizi ricevuti (Crouch, Eder e Tambini, 2001) e a non poter quindi incidere sulla struttura di offerta complessiva. Nei sistemi di quasi mercato in cui l'accesso alle prestazioni è, ad esempio, regolato con lo schema dei *voucher*, la disparità tra la condizione dell'utente e quella del produttore/gestore è evidente. Il primo infatti, è spesso costretto dallo stato di necessità e non di rado si trova a scegliere in solitudine, ovvero senza un supporto pubblico fattivo, in grado di orientarlo verso le opzioni di servizi a lui più congeniali, soprattutto quando le reti familiare ed amicale del soggetto non sono in grado di sostenerlo. In questo genere di sistemi, dunque, l'utente ha il diritto di uscire dal circuito di offerta, ma non la possibilità di operare una scelta non condizionata ed in linea con le proprie necessità, né tantomeno di orientarlo per renderlo più rispondente ai propri bisogni (Bifulco e Vitale, 2006).

Se il settore sociosanitario è complessivamente frammentato sul versante assicurativo e della committenza, il versante della produzione non fa eccezione alla configurazione generale del sistema. In particolare, la tendenza dei singoli produttori è quella di specializzarsi in singoli segmenti di disagio (anziani, minori, salute mentale, ecc ...) e singole fasi/*setting* di assistenza (es. fase intensiva, estensiva e lungo assistenza³, oppure domicilio, centro diurno, residenzialità). Anche in questo caso dunque, è evidente come questo sistema provochi, oltre alle ovvie diseconomie dovute alle mancate integrazioni dei percorsi assistenziali, forti impatti negativi anche sugli utenti. Infatti, nonostante la più volte richiamata necessità di offrire interventi flessibili secondo l'evolversi delle necessità dell'utente e di costruire pacchetti di interventi integrati attorno agli stessi, combinandoli in un piano di intervento complessivo, nella realtà, la ricomposizione degli interventi è di fatto scaricata sugli utenti stessi, i quali interloquiscono con tanti attori diversi quante sono le prestazioni di cui necessitano, pur nell'ambito della stessa tipologia di disagio (Ranci Ortigosa, 2011).

La frammentazione sul versante della produzione è altresì dovuta alle esigue dimensioni dei singoli produttori e all'assenza di network tra questi. Una azienda sanitaria media pubblica ha oggi un bilancio annuo di 300-400 milioni, mentre una azienda di produzione sociosanitaria privata o pubblica è abitualmente sotto i 10 milioni di euro di fatturato. Due ordini di criticità derivano da questo

³ La fase intensiva è quella in cui si concentrano in modo prevalente gli interventi di natura riabilitativa e specialistica, quella estensiva prevede una minore intensità terapeutica con la definizione del programma assistenziale socio-sanitario vero e proprio e infine la lungo assistenza è quella posta a presidio del mantenimento dell'autonomia funzionale del soggetto (rallentando il processo di deterioramento in corso e sostenendo l'integrazione sociale del soggetto) (Brizzi e Cava, 2003).

Tabella 4.2 **Le criticità del sistema di offerta socio-sanitario e gli obiettivi di governo pubblico**

| Criticità del sistema di offerta | Obiettivi di governo |
|---|--|
| Offerta che seleziona il bisogno | Modulazione dell'offerta per assecondare l'evoluzione dei bisogni |
| Frammentazione dei produttori per singoli segmenti e fasi del disagio | Integrazione degli interventi attorno al singolo utente |
| Produttori piccoli e non in rete | Creazione di sinergie tra produttori e/o industrializzazione del settore |
| Orientamento prevalente dei produttori al mercato pubblico | Minore incidenza delle risorse pubbliche sul fabbisogno totale dei produttori privati e crescita del settore |
| Forte incidenza dell'informale care | Riduzione degli impatti della cura informale sugli equilibri familiari |

problema dimensionale. Innanzitutto esiste un problema di *back office* legato al fatto che non si coglie l'opportunità di rendere più efficiente la gestione attraverso la centralizzazione di alcune funzioni quali gli acquisti, il *facility management* e la gestione del personale. In quest'ultimo caso ad esempio, si potrebbero prevedere dei percorsi di formazione centralizzati o in comune tra più produttori, con il vantaggio di poter accedere a corsi di qualità superiore di quelli di cui si potrebbe fruire se ogni produttore li acquistasse singolarmente. Inoltre la possibilità di disporre di un personale più numeroso da far turnare tra le strutture ridurrebbe la probabilità di *burnout* degli operatori migliorando le condizioni di lavoro e gli esiti finali dello stesso. Esiste altresì un problema di *front-office* nella misura in cui, come già si faceva notare, raramente i produttori sono in grado di fornire la filiera integrata di servizi per ogni tipologia di utenza (ad esempio combinando nel portafoglio di servizi l'assistenza domiciliare a quella residenziale) e di conseguenza non riescono a garantire la stabilità del *caregiver* per ogni utente o comunque una interfaccia unica nella transizione tra diverse tipologie di intervento.

L'orientamento prevalente dei produttori al solo mercato pubblico rappresenta un ulteriore elemento critico nel sistema di offerta dei servizi socio-sanitari. Guardando alle cooperative sociali, ad esempio, osserviamo come circa il 66% di queste registri entrate prevalentemente di provenienza pubblica (CNEL-ISTAT, 2008). In particolare le cooperative sociali di tipo A sono estremamente orientate al mercato pubblico dal quale proviene poco meno del 73% delle loro entrate a fronte dell'offerta di servizi socio-sanitari ed educativi. Per le cooperative sociali di tipo B, invece, questo valore scende al 53%.

In un sistema che si configura come un quasi mercato, l'orientamento preponderante alla committenza pubblica da parte dei produttori può limitare le motivazioni dei produttori stessi verso la competizione commerciale e questo fa ve-

nire meno il senso stesso del quasi mercato: se i produttori non sono almeno in parte condizionati da ragioni di mercato saltano i presupposti logici alla base della costruzione del mercato stesso (Le Grand, 1999).

La consuetudine a stipulare contratti di fornitura con controparti prevalentemente pubbliche non ha consentito a queste organizzazioni di sviluppare prodotti e servizi in grado di conquistare quote di mercato privato della cura, indebolendone la posizione in periodi di crisi e di contrazione della spesa pubblica per i servizi sociosanitari. Il mercato privato è dominato largamente da *informal caregiver*, a cui il sistema di offerta formalizzato non è riuscito a contrapporre servizi in grado di generare un valore per l'utente superiore al vantaggio competitivo che garantisce il *dumping* di prezzo del mercato informale della cura.

Questo determina una ulteriore caratteristica del sistema degli interventi sociosanitari che registrano una forte o prevalente incidenza dell' *informal care* sul totale delle cure prestate. Nel sistema di offerta sociosanitario una grande quantità di interventi è infatti gestita dalle famiglie stesse ricorrendo a risorse proprie. Non è possibile sapere con esattezza a quanto ammontino le risorse (non solo economiche) messe in campo dalle famiglie, tuttavia i pochi dati a disposizione ci portano a concludere che queste siano fondamentali per la tenuta complessiva del sistema di cura. Secondo alcune stime Istat, in Italia la maggior parte della popolazione disabile con più di 5 anni vive in famiglia ed ammonta a circa 2,6 milioni persone⁴, a cui si aggiungono (nel 2006⁵) 196.286 disabili (tra minori, adulti e anziani) ospitati in strutture residenziali o semiresidenziali. Questi ultimi dati spiegano in parte il ricorso alle badanti, da più parti richiamato come uno degli aspetti più peculiari del *welfare* sociosanitario italiano. Le 774.000 badanti stimate da IRS (2008) – di cui 700.000 straniere – e operanti in Italia, fornirebbero assistenza ad almeno il 6,6% degli anziani ultrasessantacinquenni, per un costo a carico delle famiglie pari a poco più di 9,35 miliardi di euro, ovvero quasi un terzo in più della spesa sociale corrente dei comuni italiani. Nonostante il mutamento degli scenari demografici, le reti di aiuto informale contano ancora molto nell'assistenza ai soggetti vulnerabili. Gli ultimi dati rilevati grazie alle indagini Istat (2011) sull'uso del tempo e la gestione dei carichi di cura segnalano un incremento dei soggetti coinvolti nelle reti di solidarietà che dal 20,8%⁶ del 1983 sono passati al 26,8 % nel 2009. Tuttavia le ore di aiuto per *caregiver* familiare o amicale tendono a ridursi e la tipologia di aiuto prestata diviene sempre più arti-

⁴ ISTAT (2006), «Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Anni 2004-2005. Disabilità in cifre: http://www.disabilitaincifre.it/prehome/stima_numerodisabili.asp. Visitato l'ultima volta il 24-5-2012.

⁵ ISTAT (2006), «Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali». Anno 2006. Disabilità in cifre: http://www.disabilitaincifre.it/indicatori/assistenza/presidi_residenziali.htm Visitato l'ultima volta il 24-5-2012.

⁶ «Numero di persone di 14 anni e più che hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti nelle quattro settimane precedenti l'intervista» .

colata. Inoltre, la percentuale di famiglie che riceve aiuto informale si riduce dal 23,3% al 16,9% tra gli anziani mentre un incremento è registrato dalle famiglie con almeno un figlio al di sotto dei 14 anni (il 37,5% degli aiuti all'interno delle reti di solidarietà appartiene a questa tipologia). La riduzione delle famiglie anziane aiutate non è esclusivamente prodotta dalla crescita costante di questa fascia di popolazione ma si spiega anche con la riduzione delle ore di aiuto profuso da ciascun *caregiver* familiare o amicale, sintomo di una progressiva incapacità dei *caregiver* amicali o familiari di sostenere carichi di cura crescenti. Le donne risultano i soggetti maggiormente coinvolti nelle reti di solidarietà con un totale di 2,2 miliardi di ore dedicate annualmente alla principale tipologia di aiuto⁷ non economico, rivolto a soggetti appartenenti ad un'altra famiglia, su un totale di 3 miliardi di ore dedicate dai *caregiver* familiari (uomini e donne) o amicali alla principale tipologia di aiuto. Un'altra caratteristica che segna l'evoluzione delle reti di cura è l'invecchiamento costante dei *caregiver* familiari o amicali: l'età media di 43,2 anni nel 1983 arriva a 50,1 anni nel 2009 e l'incremento maggiore di *caregiver* si concentra proprio nella fascia dai 55 anni in su⁸. Questo fenomeno sicuramente dovuto all'invecchiamento crescente della popolazione combinato alle migliori condizioni di salute della popolazione in età anziana, determina un generale allungamento delle reti di parentela non adeguatamente sostenuto dalla crescita demografica. Si dice infatti che le reti di parentela siano sempre più lunghe nel tempo e strette, ovvero caratterizzate da un crescente numero di grandi anziani e sempre meno giovani e adulti. Anche nel funzionamento delle reti informali si riscontrano differenze tra Nord e Mezzogiorno; in quest'ultimo in particolare le reti sono meno dense e le famiglie aiutate meno numerose. Il quadro è inoltre reso ancor più instabile se si considera che al Sud le condizioni di salute della popolazione anziana sono nettamente peggiori e la povertà materiale più diffusa (Istat, 2011). Un ulteriore segnale di sofferenza delle reti di solidarietà informali si evince dalla crescita dei casi di ricorso agli aiuti pubblici o privati soprattutto quando il soggetto vulnerabile è un anziano con gravi limitazioni, pur restando gli aiuti informali la principale fonte di sostegno per le famiglie con anziani. In particolare laddove il settore pubblico e privato sono maggiormente organizzati, il mix di aiuti è più vario (es. nord est) e l'informale è riservato ai casi meno gravosi; al contrario, laddove vi è carenza di offerta pubblica e privata aumentano i casi in cui l'informale è l'unica forma di aiuto disponibile, come accade nel Mezzogiorno. Al nord è ad esempio più frequente che le donne anziane vivano in istituto rispetto al sud dove la carenza di strutture di questo genere comporta la necessità per le famiglie di ricorrere a forme di organizzazione come la convivenza dei genitori anziani con i figli adulti.

⁷ Ad esempio: prestazioni sanitarie, aiuto domestico, assistenza ai bambini, compagnia, espletamento pratiche burocratiche, ecc ...

⁸ Tra il 1983 e il 2009 i *caregiver* nella fascia di età tra 65 e 74 anni passano dal 20,2% al 32,7% e tra gli ultrasessantacinquenni passano dal 9,3% al 16%.

L'onere ricompositivo degli interventi incombe dunque sulle famiglie assieme all'onere finanziario. In altre parole, spetta alle famiglie integrare interventi diversi a favore dello stesso assistito anche con l'ausilio di sostegni quale l'assegno di cura (utile all'acquisto di prestazioni di assistenza sul mercato informale). La tenuta psicologica delle famiglie è così messa a dura prova dall'assenza di supporto nella funzione di ricomposizione degli interventi. La tenuta finanziaria, invece, è minacciata dall'impossibilità di mettere in rete risorse tra famiglie perché la ricomposizione degli interventi non contempla solitamente forme di servizi congiunti, in quanto il mercato della cura informale in Italia si è sviluppato solo sulla base di servizi individuali per un unico assistito. L'offerta invece di servizi più strutturati, in contemporanea a più utenti (es. un centro diurno per Alzheimer), avrebbe costi inferiori per il singolo assistito.

4.4 I fabbisogni di governo della produzione: evidenze dalle Ausl della Regione Emilia Romagna

Dalla riflessione sulle criticità presenti nel mondo della produzione nel settore sociosanitario emerge l'esigenza che i committenti pubblici riconoscano i propri fabbisogni di *policy* per governarlo e ridurre al minimo gli impatti della frammentazione del sistema sugli utenti dei servizi.

Di seguito si illustra il caso del governo della produzione nelle AUSL emiliano-romagnole che nel paese sono considerate una delle *best practice* in ambito sociosanitario, avendo la Regione da sempre investito nello sviluppo di quest'area. Eventuali criticità riscontrabili nella RER non possono che essere presenti in modo più acuto nelle altre regioni della penisola. L'obiettivo è quello di osservare da vicino le dinamiche tra committenza e produzione all'interno di uno specifico contesto regionale per identificarne eventuali punti di forza e di debolezza, da cui poter mutuare delle indicazioni generali.

Lo studio proposto è l'esito di un processo di accompagnamento allo sviluppo della funzione di committenza delle AUSL emiliano – romagnole, condotto insieme ai Direttori Sociali di tutta la regione. Alla rilevazione hanno partecipato tutte le ASL della RER eccetto l'AUSL di Cesena. Questi ultimi sono stati coinvolti in 3 *focus group* e nella compilazione di un questionario misto (composto da domande aperte e chiuse) sul tema delle criticità del settore sociosanitario, cui ha fatto seguito un dibattito in plenaria. I dati rilevati attraverso i questionari sono di natura qualitativa e catturano le percezioni e l'esperienza dei dirigenti intervistati.

Con riferimento al tema della committenza, si è chiesto ai Direttori Sociali delle AUSL della RER di riflettere sulle principali incongruenze a loro avviso rintracciabili nella geografia di offerta sociosanitaria del proprio territorio, ovvero dotazione e mix di servizi accreditati disponibili, in particolare in relazione a tre diverse categorie di utenza (anziani ultrasettantacinquenni, disabili adulti e minori a forte

disagio). I Direttori Sociali si sono espressi rispetto a tre dimensioni principali: le dotazioni infrastrutturali, la tipologia di servizi disponibili e l'intensità assistenziale.

Con riferimento alle strutture e ai servizi per l'utenza «anziani ultra settanta-cinquenni», i Direttori Sociali intervistati hanno rilevato, in generale, una scarsa flessibilità delle strutture ad adattarsi all'evoluzione della domanda. In alcuni territori la localizzazione delle stesse risulta poco coerente rispetto alla distribuzione territoriale dell'utenza per ambiti distrettuali, in altri l'offerta privata non accreditata risulta eccessiva rispetto alla domanda espressa mentre gli assegni di cura e in generale le risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) sono ritenute insufficienti. In genere la pubblica amministrazione viene percepita come scarsamente in grado di influenzare le innovazioni dei produttori per rispondere alla carenza di risorse o alle mutate condizioni epidemiologiche. L'elevata offerta privata accreditata gioca un ruolo determinante nella trasformazione dei bisogni in domanda, in quanto può indurre bisogni assistenziali inappropriati. Alcuni specifici interventi e servizi risultano però particolarmente carenti, in particolare alloggi protetti a bassa intensità assistenziale e alcuni servizi accessori (ad esempio servizio pasti a domicilio e trasporto) risultano insufficienti in alcune AUSL. Si registra una generale carenza di servizi a bassa protezione, essendo il sistema dei servizi sbilanciato a favore del bisogno più intenso.

Un'estrema parcellizzazione dei produttori in strutture di dimensioni eccessivamente esigue è registrata ad esempio a Forlì. Frequentemente si riscontra un problema di distribuzione dei posti letto a scapito dei comuni più periferici nelle singole AUSL. Allo stesso modo si rilevano difficoltà ad attivare servizi domiciliari presso le comunità localizzate nelle aree rurali e montane e in alcune fasce orarie richieste dagli utenti. Non si riscontrano forme sufficienti d'integrazione tra l'assistenza pubblica formale e quella acquistata dalle famiglie sul mercato privato delle badanti.

Diverse e specifiche criticità emergono con riferimento all'utenza «minori a forte disagio sociale». In questo caso si ravvisano problemi di natura strutturale legati, ancora una volta, alla difficoltà dell'offerta attuale di adeguarsi alla varietà del bisogno esistente. In particolare si registra una carenza di famiglie affidatarie, comunità per la gestione dei casi a più elevata complessità e strutture di supporto temporaneo alle famiglie, a cui si associa un fabbisogno di qualificazione specifico del personale di *front-office*, che esprime risposte tendenzialmente monoprofessionali e soffre condizioni di lavoro spesso precarie e pertanto poco motivanti presso i produttori contrattualizzati. La doppia titolarità (Comuni e AUSL) su questo specifico segmento di utenza rende il sistema ulteriormente più complesso nella misura in cui gli interventi dell'ente locale e dell'AUSL non riescono ad integrarsi, ma rimangono vincolati a sistemi di finanziamento, norme di riferimento e processi di erogazione autonomi e indipendenti. In alcuni casi i direttori sociali denunciano un'offerta di accoglienza isolata ed estremamente differenziata tra le diverse realtà territoriali all'interno di una singola AUSL.

L'offerta rivolta ai disabili adulti rivela ulteriori incongruenze a livello di strutture, tipologie ed intensità dei servizi offerti. In particolare, per questo segmento di utenza esisterebbero alcune specifiche aree di bisogno notevolmente scoperte, che denotano una produzione sostanzialmente rigida anche su questo versante. Vengono percepiti come insufficienti i posti letto in strutture semiresidenziali e residenziali per utenti con gravi disabilità acquisite, gli interventi di inserimento lavorativo, l'assistenza domiciliare (in particolare sul versante socio educativo), e infine, sul versante pubblico, gli assegni di cura e le borse lavoro. Con una produzione «ingessata» sia sul versante dei servizi domiciliari che su quello dei residenziali risulta poco realistica la possibilità di progettare servizi personalizzati e soluzioni specifiche per particolari categorie di disabili adulti, come ad esempio per le patologie croniche che non richiedono assistenza infermieristica e in generale per forme di «assistenza leggera» e l'attivazione di percorsi di autonomia. Anche in questo caso si registra una distribuzione territoriale delle strutture a sfavore delle aree più marginali (aree montane). Infine, i Direttori partecipanti manifestano la necessità di un miglior raccordo con gli erogatori privati (per la stragrande maggioranza non profit), in ragione dell'enorme peso dell'intervento di questi ultimi sul totale degli interventi prodotti sul territorio e di un maggior controllo della qualità degli interventi da questi erogati.

Riassumendo, nel territorio emiliano-romagnolo si riscontrano in generale le seguenti criticità con riferimento al governo della produzione:

- ▶ rigidità della produzione e conseguente difficoltà di adattare le risposte a bisogni specifici (es. assistenza leggera, inserimento lavorativo, ecc ...) e in maniera differenziata;
- ▶ scarsa polifonia e flessibilità degli interventi, in particolare negli stadi che richiedono protezione leggera, intermedia o di supporto temporaneo;
- ▶ scarso monitoraggio della produzione esternalizzata;
- ▶ assente integrazione dei servizi acquisiti sul mercato informale dalle famiglie e quelli formali offerti dal sistema accreditato;
- ▶ scarsa attenzione alla crescita e alla motivazione del personale;
- ▶ parcellizzazione di produttori di piccole dimensioni sul territorio;
- ▶ scarsa copertura delle aree rurali e montuose.

4.5 Quali politiche evolutive?

Le caratteristiche e le criticità del settore impongono una agenda di riflessione ai *policy maker* molto ricca e impegnativa.

Da un lato occorre interrogarsi se l'attuale mix tra trasferimenti monetari diretti alle famiglie e i servizi reali (36 miliardi contro 13 miliardi) sia davvero quello auspicato e da perpetuare nel tempo. In ogni caso, anche eventualmente

confermando il favore per il trasferimento monetario di risorse alle famiglie, non è efficace e non è efficiente un mercato della cura esclusivamente informale e individualizzato, senza alcun meccanismo di monitoraggio sull'uso e l'impatto delle risorse, senza condizioni di sviluppo professionale per gli operatori e senza forme di integrazione tra famiglie. In ogni caso il mercato dell'assistenza deve industrializzarsi, facendo sviluppare operatori strutturati, capaci di servire le esigenze di cura di intere comunità, potendo offrire servizi che ricompongono i bisogni sociali e sociosanitari, ad esempio mettendo insieme anziani nel vicinato o in centri diurni, facendo ruotare personale su più anziani, costruendo reti tra famiglie e reti tra operatori.

A questo proposito non è utile che agli attuali produttori di servizi sociosanitari rivolti prevalentemente alla committenza pubblica se ne aggiungano altri specializzati nei soli servizi pagati direttamente dalle famiglie. All'opposto, sarebbe utile lo sviluppo di produttori capaci di agire contemporaneamente sia sul mercato pubblico, sia sul mercato privato delle famiglie. Questo significa promuovere l'innovazione strategica degli attuali operatori, affinché sviluppino capacità imprenditoriali per offrire servizi a valore aggiunto per le famiglie anche nel settore dell'assistenza a pagamento. In questo modo anche il lato della produzione potrebbe diventare un agente di integrazione dei servizi e dell'assistenza, offrendo prestazioni tra di loro coordinate, anche se con fonti di finanziamento diverse, in parte pubbliche, in parte dell'utente. Questo sviluppo sarebbe facilitato se i produttori progressivamente diventassero più grandi, almeno decuplicando le loro dimensioni medie, attraverso processi diffusi e sistematici di fusioni o acquisizioni. La crescita dimensionale favorirebbe il completamento delle fasi assistenziali (domicilio, centro diurno, struttura protetta, ecc.) e delle tipologie di persone seguite da ogni produttore, garantendo economie di scala e aumentando la possibilità di offrire percorsi assistenziali integrati e completi. La presenza di pochi grandi produttori dal portafoglio completo di servizi potrebbe aumentare la flessibilità dell'offerta, perché in seno allo stesso erogatore si troverebbero diverse risposte, in funzione dei cambiamenti dei bisogni sociosanitari. La flessibilità può essere quindi garantita potendosi muovere agilmente nella filiera di servizi di grandi produttori o erogatori in rete tra di loro. All'opposto, fino a quando i produttori rimangono piccoli e mono specializzati per fase assistenziale e per tipologia di bisogno, il cambiamento dei servizi necessari comporta sempre lo spostamento presso un altro erogatore, il che rappresenta, soprattutto per un utente fragile, un costo individuale percepito molto alto e difficilmente sostenibile. Il confronto tra le dimensioni medie delle aziende sanitarie pubbliche e sociosanitarie private, in termini di fatturato in media di circa 100:1, dovrebbe far riflettere sui potenziali di concentrazione disponibili, come dimostrano i primi grandi gruppi o le grandi cooperative frutto di larghi processi di acquisizione o fusione nel nostro paese, con fatturati oltre i 100 milioni di euro annui, rispetto alla media di mercato spesso al di sotto dei 10 milioni di euro.

Quale è la struttura di *governance* pubblica del settore che può favorire un processo di trasformazione della rete dei produttori come qui auspicato?

Da un lato occorre risolvere la contraddizione tra la previsione costituzionale che attribuisce le prerogative di governo del settore alle regioni e l'attuale allocazione delle risorse largamente assegnate all'INPS. La soluzione di questo nodo costituisce la vera leva di trasformazione istituzionale del *welfare* sociosanitario italiano. Si può decidere di accentrare o regionalizzare il settore sociosanitario, l'importante è che finalmente una decisione nitida e intrinsecamente coerente venga assunta.

In secondo luogo è necessario interrogarsi su quale assetto istituzionale possa favorire localmente l'integrazione tra sanità, sociosanitario e socio-assistenziale. Attualmente la sanità è governata dalle regioni attraverso le AUSL, il sociosanitario è in parte governato dall'INPS, in parte dalle AUSL su delega delle regioni, in parte dagli enti locali coordinati su base distrettuali attraverso il piano di zona, mentre il socio-assistenziale è governato dai singoli comuni su base mono-istituzionale. Sicuramente non è possibile integrare tutta la filiera in un unico grande «contenitore omnibus» perché gli assetti istituzionali servono proprio a definire e organizzare delle focalizzazioni e delle responsabilità, determinando fisiologicamente delle specializzazioni e quindi delle fratture. Esse possono però essere tali da poter disporre potenzialmente di logiche di ricomposizione e integrazione o, al contrario, possono avere caratteristiche tali da impedire ogni forma di coordinamento. Nel quadro attuale le fratture sono troppe, più del necessario e concepite in modo tale da rendere difficile ogni processo ricompositivo. Due movimenti dovrebbero trovare una facile intesa di *policy*: da un lato, ricomporre la frattura tra INPS e regioni, individuando un unico attore; dall'altro lato, così come il contributo degli enti locali al governo sociosanitario è fatto esclusivamente su base distrettuale, anche il settore socio-assistenziale dovrebbe essere gestito simmetricamente, con uguale geografia. Questo richiede una messa in comune delle risorse e dei servizi degli enti locali in ambito socio-assistenziale, costruendo aziende sociali intercomunali. A quel punto il quadro sarebbe ricomposto a tre soli attori, con basi geografiche simili, ovvero quelle distrettuali: sanità, sociosanitario e socio-assistenziale. Non rimane che scegliere dove collocare i confini che garantiscono coordinamento interno e dove lasciare la frattura. I servizi socio-assistenziali e quelli sociosanitari potrebbero essere collocati in un unico contenitore istituzionale distrettuale, l'azienda dei servizi sociosanitari e sociali intercomunali, eliminando in questo ambito l'AUSL, che rimarrebbe focalizzata solo sulla parte sanitaria, con cui occorre coordinarsi attraverso strumenti inter-aziendali. All'opposto si potrebbe ricondurre nell'AUSL tutti i finanziamenti sociosanitari, compresi quelli attualmente gestiti dall'INPS, chiedendole di interfacciarsi con l'azienda intercomunale dei servizi socio-assistenziali. In ognuno dei due scenari alla fine rimarrebbero attivi solo due attori, dai confini prevalentemente distrettuali, che po-

trebbero trovare forme di coordinamento con relativa agilità. Ognuna delle due opzioni ha vantaggi e svantaggi simmetrici opposti e potrebbero essere adottate anche diversamente nelle singole regioni, in funzione degli assetti di sistema esistenti o preferiti.

La congiuntura del paese è tale da doversi interrogare rapidamente su quale evoluzione dei settori pubblici si vuole indurre, in questo caso di ricomposizione della platea dei produttori e dei committenti dei servizi sociosanitari: diverse opzioni sono disponibili, importante deciderne una con decisione e coerenza.

Bibliografia

- Bifulco L., Vitale T. (2006), «Contracting for *Welfare Services* in Italy», *Journal of Social Policy*, 35 (3), pp. 495-513.
- Brizzi L., Cava F., (a cura di) (2003), *L'integrazione sociosanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Roma, Faber Carrocci.
- CNEL, ISTAT (2008), *Primo rapporto CNEL – ISTAT sull'economia sociale*, Roma.
- Crouch C., Eder K., Tambini D. (2001), *Citizenship, Markets and the State*, Oxford, Oxford University Press.
- Del Vecchio M., Rappini V. (2011), «Low Cost in Sanità» in Cantù E. (a cura di) (2011), *Rapporto Oasi 2011. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- ISTAT (2011). *Rapporto annuale. La situazione del paese nel 2010*, Roma.
- ISTAT (2012). *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni*, Roma.
- Le Grand J., Bartlett W. (a cura di) (1993), *Quasi markets and social policy*, Basingstoke, Macmillan.
- Longo F., Salvatore D., Tasselli S., (a cura di) (2010), *Organizzare la salute nel territorio*, Il Mulino, Bologna.
- Mazzotti F. (a cura di) (2011). «Nota sull'analisi della spesa sociale in Italia», presentata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali alla decima Conferenza Nazionale Istat.
- Ministero della Salute (2011), «Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere», *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (a cura di) (2008), «Badanti: la nuova generazione», *Dossier di ricerca Qualificare*, Istituto per la Ricerca Sociale.
- 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.
- Ranci Ortigosa E. (a cura di) (2011), *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano.