

## 9 Il Fondo per le non autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionali e locali

di Costanza Ceda, Giovanni Fosti, Fabrizio Tediosi<sup>1</sup>

### 9.1 Introduzione

L'invecchiamento della popolazione, il cambiamento della struttura familiare e i cambiamenti socio economici (come, ad esempio, l'incremento della partecipazione femminile al lavoro), stanno determinando un aumento della domanda di prestazioni socio sanitarie per gli anziani e per le persone non autosufficienti, aumentando la rilevanza dell'area socio-sanitaria del sistema di welfare italiano.

Le prestazioni di natura sanitaria o assistenziale a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti, cioè non in grado di compiere, con continuità, gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno, fanno parte della cosiddetta *Long Term Care* (LTC) e sono suddivisibili nelle seguenti tre componenti:

- ▶ la componente sanitaria: l'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili disarticolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale ed assistenza residenziale, l'assistenza integrativa, protesica, psichiatrica e quella rivolta agli alcolisti e tossicodipendenti<sup>2</sup>;
- ▶ le indennità di accompagnamento: prestazioni monetarie erogate direttamente al disabile o anziano non autosufficiente, a prescindere da qualsiasi requisito reddituale e non subordinata alla certificazione dell'acquisto di beni e servizi funzionali al miglioramento delle condizioni di vita del soggetto;
- ▶ gli interventi socio-assistenziali rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti erogati a livello locale: insieme di prestazioni, largamente in natura, gestite prevalentemente a livello locale per finalità socio assistenziali, in via principale dai comuni singoli o associati.

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 9.1 e 9.2 sono attribuiti a Fabrizio Tediosi, i §§ 9.3, 9.4.1, 9.4.3 a Costanza Ceda e i §§ 9.4.2 e 9.5 a Giovanni Fosti.

<sup>2</sup> Quest'ultime comprendono aspetti peculiari e distintivi rispetto alle prestazioni sanitarie tipicamente riconducibili alla nozione di LTC.

La legge finanziaria per il 2007 (Consiglio dei Ministri 2006) ha istituito, presso il Ministero della solidarietà sociale, un fondo denominato «Fondo per le non autosufficienze» stanziando 100 milioni di euro per l'anno 2007 e 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009 con la finalità di «*garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti*». Successivamente, la legge finanziaria per il 2008 (Consiglio dei Ministri 2007) ha deliberato l'aumento della dotazione del fondo per le non autosufficienze di ulteriori 100 milioni di euro per l'anno 2008 e di 200 milioni di euro per l'anno 2009. Inoltre, il Consiglio dei Ministri con il disegno di legge collegato alla legge finanziaria per il 2008 aveva delegato al Governo il riordino della normativa sulle persone non autosufficienti, le politiche sociali e la famiglia, decreto che non è tuttavia stato approvato a causa della fine anticipata della legislatura.

Le risorse del fondo per le non autosufficienze sono state allocate alle Regioni per il 60% sulla base della popolazione residente con età pari o superiore ai 75 anni, per il restante 40% in base ai criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali. Tali risorse sono destinate all'offerta di prestazioni e servizi assistenziali per le persone non autosufficienti e sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente disposte dalle Regioni. La Tabella 9.1 mostra la ripartizione fra le Regioni delle risorse per l'anno 2008 e 2009.

Sebbene di ammontare decisamente insufficiente a finanziare la LTC, il Fondo nazionale per le non autosufficienze costituisce, potenzialmente, una novità importante: si tratta di risorse esplicitamente dedicate alla popolazione non autosufficiente e può rappresentare una prima leva di ricomposizione degli interventi in un'area che ha visto, nel corso degli anni, una sempre maggiore frammentazione degli interventi (sanitari e socio sanitari), dei decisori (comuni, Asl, Regioni, INPS) e delle fonti di finanziamento (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondi Sociali delle Regioni, Fondi Sanitari e Socio Sanitari delle Regioni).

La debolezza del sistema di governance delle reti di LTC genera effetti significativi in termini di appropriatezza. In particolare, tali effetti si evidenziano con i maggiori ricoveri ospedalieri della popolazione nella fascia di età superiore ai 75 anni nelle Regioni in cui minori sono gli interventi di natura socio sanitaria (strutture residenziali, ADI) tipicamente diretti alla popolazione non autosufficiente (Turrini e Montanelli 2006).

È quindi importante capire come le Regioni stanno disciplinando il settore della LTC, cercando di individuare le implicazioni sulla governance regionale e locale della LTC. In particolare, data l'elevata frammentazione istituzionale che rende necessarie azioni dirette ad integrare gli interventi e le azioni nella LTC, è necessario valutare se i primi modelli regionali a regime definiscono il fondo per le non autosufficienze come strumento di ricomposizione delle politiche, o come ulteriore ambito di intervento, che si aggiunge a quelli già in essere.

L'obiettivo di questo capitolo è, quindi, analizzare come alcune Regioni italia-

Tabella 9.1 **Allocazione alle Regioni delle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze – Anni 2008 e 2009**

Regioni	Allocazione delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze – in Milioni di €	
	Anno 2008	Anno 2009
Abruzzo	7,43	9,92
Basilicata	3,30	4,40
Calabria	10,58	14,12
Campania	25,15	33,56
Emilia-Romagna	23,86	31,84
Friuli-Venezia Giulia	6,95	9,28
Lazio	25,90	34,56
Liguria	10,50	14,02
Lombardia	44,08	58,83
Marche	8,81	11,76
Molise	2,10	2,80
P.A. Bolzano	2,21	2,96
P.A. Trentino-Alto Adige	2,54	3,39
Piemonte	23,51	31,37
Puglia	19,01	25,37
Sardegna	7,90	10,54
Sicilia	24,87	33,19
Toscana	21,48	28,66
Umbria	5,29	7,06
Valle d'Aosta	0,73	0,98
Veneto	22,78	30,40
Risorse destinate al Ministero della solidarietà sociale	1,00	1,00
<b>Italia</b>	<b>300,00</b>	<b>400,00</b>

ne stanno disciplinando il settore della LTC in seguito all'istituzione del Fondo per le non autosufficienze. In particolare si analizzano:

- ▶ i modelli di finanziamento (non potendosi ritenere sufficiente lo stanziamento definito in ambito nazionale), distinguendo in particolare quelli che si configurano come finanziamenti aggiuntivi;
- ▶ i criteri definiti per il riparto del fondo;

- ▶ se il fondo abbia un impatto rilevante sugli assetti istituzionali dei sistemi di governance locale, e se tale impatto abbia natura ricompositiva o, viceversa, tenda ad accrescere i già elevati livelli di frammentazione istituzionale del sistema.

Il capitolo si articola in tre sezioni. La prima descrive brevemente il sistema della LTC in Italia. La seconda effettua una revisione della normativa regionale finalizzata ad individuare omogeneità e differenze nella reazione all'istituzione del Fondo Nazionale. La terza sezione analizza l'esperienza di tre Regioni – Emilia Romagna, Liguria e Toscana – focalizzando l'attenzione su come viene finanziato l'eventuale fondo regionale, sul meccanismo di riparto delle risorse e il conseguente impatto sull'assetto istituzionale (ricompone o aumenta la frammentazione).

## 9.2 Il sistema di long term care in Italia

La LTC si caratterizza in Italia per l'elevata frammentazione istituzionale in cui la titolarità e le fonti di finanziamento sono distribuite fra gli enti locali e le Regioni, con modalità differenti in relazione ai modelli istituzionali adottati dalle singole Regioni. Infatti, gli attori direttamente impiegati nell'erogazione dei servizi sociali sono i Comuni, le ASL, le RSA e l'INPS ma nella programmazione e nel finanziamento dei servizi sociali sono coinvolti anche lo Stato, le Regioni e le Province (Turrini e Montanelli 2006; Longo e Tediosi 2009). In Italia i livelli di finanziamento e la tipologia/quantità di servizi della LTC variano ampiamente nelle Regioni, con differenze significative sia nella spesa totale sia nella distribuzione degli oneri della spesa fra le Regioni, i comuni e le famiglie (ISTAT 2004; Gori 2008). In Italia, manca attualmente una riforma nazionale della LTC.

Secondo le stime della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) (Ragioneria Generale dello Stato 2008) la spesa pubblica per LTC nel 2007 era pari a circa 25,6 miliardi di euro, l'1,66% del PIL, di cui le componenti principali sono quella sanitaria (12,5 miliardi di euro – 0,81% del PIL) e quella per le indennità di accompagnamento (10,8 miliardi di euro – 0,70% del PIL), mentre le altre prestazioni socio assistenziali rappresentano lo 0,16% del PIL (2,5 miliardi di euro). Circa il 30% della spesa per LTC riguarda servizi di assistenza domiciliare e semi-residenziale, il 27% concerne l'assistenza residenziale e il restante 43% le prestazioni monetarie. Sempre in base alle stime della RGS, nel periodo 2005-2050, la spesa pubblica per la Long Term Care (LTC) passerà dall'1,6% al 2,7% del PIL (Ragioneria Generale dello Stato 2008). Inoltre, a queste stime andrebbe aggiunta la spesa riconducibile alla LTC per le pensioni di invalidità civile e quelle per inabilità erogate dall'INPS che, nel 2005, è stata pari a circa 31,4 miliardi di euro, quasi il triplo di quella per l'indennità di accompagnamento.

Anche la struttura dell'offerta di servizi di LTC e il livello di finanziamento variano ampiamente nelle regioni italiane (Tabella 9.2). Ad esempio, il numero di

Tabella 9.2 Rete di offerta e natura dei produttori

Regione	Popolazione <sup>1</sup>		Posti Letto (2005) <sup>2</sup>		TASSALE	Tasso di copertura PL		ADI (2003) <sup>3</sup>			Buoni, Voucher (2004) <sup>a</sup>
	Popolazione 65+ (2005)	Res. Assist. Per anziani NA	Res. Socio-sanitaria per anziani	RSA		Tot. PL x 1000	Utenti in ADI	Utenti 65+ in ADI	Utenti 65+ in ADI per 1.000 utenti 65+	Utenti 65+ in ADI per 1.000 utenti 65+	
Piemonte	974.014	24.085	13.311	6.092	43.488	44,6	21.522	15.367	16,8	13.946.335	
Valle d'Aosta	25.032	53	728	148	929	37,1	67	64	2,7	nd	
Lombardia	1.841.882	1.653	2.790	50.668	55.111	29,9	55.985	45.292	26,8	24.343.241	
Trentino-Alto Adige	174.102	19	2.958	5.269	8.246	47,4	1.330	nd	nd	2.877.203	
Veneto	908.936	6.471	23.026	4.921	34.418	37,9	41.093	31.929	37,7	18.508.695	
Friuli-Venezia Giulia	272.512	2.263	7.437	1.709	11.409	41,9	25.238	20.443	79,1	5.275.775	
Liguria	426.866	718	8.962	2.732	12.412	29,1	8.311	7.995	19,5	1.846.474	
Emilia-Romagna	951.401	8.469	17.773	2.149	28.391	29,8	47.870	42.365	46,6	7.942.250	
Toscana	840.439	3.180	1.689	10.783	15.652	18,6	26.890	24.604	30,7	1.037.708	
Umbria	202.039	631	1.281	286	2.198	10,9	5.475	4.730	24,6	124.191	
Marche	345.099	3.430	3.120	1.479	8.029	23,3	10.392	9.103	27,8	179.264	
Lazio	1.014.196	7.541	1.070	4.109	12.720	12,5	23.416	17.913	18,9	14.824	
Abruzzo	277.723	1.219	2.036	799	4.054	14,6	5.954	4.733	17,9	nd	
Molise	70.496	281	1.022	20	1.323	18,8	6.902	6.129	89,4	nd	
Campania	886.485	3.889	643	1.020	5.552	6,3	9.161	7.613	9,1	3.365.818	

Tabella 9.2 (segue)

Regione	Popolazione <sup>1</sup>		Posti Letto (2005) <sup>2</sup>		Tasso di copertura PL		ADI (2003) <sup>3</sup>			Buoni, Voucher (2004) <sup>a</sup>
	Popolazione 65+ (2005)	Res. Assist. Per anziani NA	Res. Socio-sanitaria per anziani	RSA	TOTALE	Tot. PL x 1000	Utenti in ADI	Utenti 65+ in ADI	Utenti 65+ in ADI per 1.000 utenti 65+	
Puglia	703.049	3.777	2.587	301	6.665	9,5	9.879	7.755	11,8	24.318
Basilicata	117.946	387	248	0	635	5,4	5.353	4.743	41,8	2.515
Calabria	366.541	628	340	1.157	2.125	5,8	2.302	2.080	5,8	3.000
Sicilia	901.884	3.713	4.235	910	8.858	9,8	6.787	6.088	7,1	10.560
Sardegna	291.693	1.565	365	1.184	3.114	10,7	1.915	1.534	5,7	516
<b>ITALIA</b>	<b>11.592.335</b>	<b>73.972</b>	<b>95.620</b>	<b>95.734</b>	<b>265.326</b>	<b>22,9</b>	<b>315.842</b>	<b>260.430</b>	<b>27,3</b>	<b>79.502.677</b>

<sup>1</sup> demo.istat.it<sup>2</sup> ISTAT: Assistenza residenziale per regione (2005)<sup>3</sup> CENSIS: Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti (2005)<sup>a</sup> ISTAT: Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (2004)

posti letto nei presidi residenziali socio assistenziali varia da circa 5 per ogni 1000 abitanti di 65 anni ed oltre in Basilicata a 47, 4 in Trentino-Alto Adige, mentre il numero di utenti anziani in ADI varia dai 2,7 ai quasi 89 per 1.000 abitanti di 65 anni e oltre rispettivamente in Valle d'Aosta e Molise; esistono poi anche differenze significative sia nella spesa totale per anziano ricoverato in strutture residenziali sia nella quota finanziata dalle istituzioni pubbliche (SSN e Comuni).

### **9.3 La risposta delle regioni all'istituzione del Fondo per le non autosufficienze**

La normativa regionale rispetto al tema della LTC è fortemente ancorata ai processi di riforma delle politiche sociali delle regioni avviati con la L.328/2000. Le regioni di fatto stanno definendo sistemi differenti di governo regionale e locale del settore socio sanitario<sup>3</sup> (Giorgi G. Ranci Ortigosa E. 2008). Sembrano emergere due approcci di fondo, in cui o prevale il ruolo di governo e la regia forte delle regioni stesse, attraverso le ASL, o si preferisce responsabilizzare maggiormente il ruolo dei comuni, soprattutto nelle loro relazioni associative sovra comunali (Longo 2001).

Per il governo dell'ambito territoriale, stante le molte differenze di assetto istituzionale, di organizzazione, di definizione di ruoli intermedi tra il livello regionale e quello locale (affidati in taluni casi alle province, in altri all'ambito infradistrettuale) come nel caso della Liguria (Giorgi 2008), vari sono gli aspetti di convergenza:

- ▶ la ricerca di punti di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari<sup>4</sup>.
- ▶ la ricerca di una riduzione della frammentarietà definendo dei confini, anche geografici, sovra comunali, degli ambiti ottimali, dei luoghi omogenei per regolare le varie funzioni di committenza, programmazione, produzione, valutazione.

Come per le scelte in materia di riordino dell'intero sistema sociale, anche per le politiche settoriali nei confronti degli anziani, disabili e altri soggetti non autosufficienti non esiste un avvio uniforme. Solo alcune regioni hanno finora attivato politiche specifiche dedicate alla non autosufficienza, alcune istruendo leggi di riordino ad hoc, altre inserendo in tali leggi di riordino l'istituzione di un Fondo regionale specifico, altre ancora attivando l'istituzione del Fondo Regionale con legge di bilancio.

---

<sup>3</sup> Varie regioni hanno già approvato leggi di riordino del settore sociale: Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Basilicata, Toscana, Campania, Calabria, Puglia, Sardegna, Veneto e Provincia Autonoma di Trento. Altre hanno solo modificato leggi regionali approvate prima della L. 328/2000: Valle d'Aosta, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano.

<sup>4</sup> A tal proposito si vedano le scelte di aggregazione dei due assessorati, come per esempio in regione Emilia Romagna.

Le regioni che in qualche forma si sono attivate sono: Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Provincia Autonoma di Bolzano, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto.

La Tabella 9.3 mostra in sintesi il quadro normativo.

Tabella 9.3 **Sintesi delle leggi regionali di riordino della non autosufficienza**

<b>Basilicata</b>	L.R. 4/2007, Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale
	Costituisce un fondo speciale dedicato ai non autosufficienti collocato all'interno del Fondo regionale dei servizi sociali
<b>Friuli V.G.</b>	L.R. 6/2006, Sistema integrato di interventi e servizi sociali per la promozione e tutela dei diritti di cittadinanza
	Costituisce il FAP, Fondo per l'autonomia possibile e l'assistenza a lungo termine.
<b>Liguria</b>	L.R. 12/2006, Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari; L.R. 46/2006, DGR 1006/2006
	Il Fondo per la non autosufficienza è definito quale componente del Fondo per le politiche sociosanitarie nell'ambito del Fondo sanitario regionale. Viene poi erogato alle ASL ed ai Comitati dei Sindaci del distretto socio sanitario per dare attuazione alle attività individuate dai Piani di distretto sociosanitario, che lavorano sugli indirizzi del piano Sociale integrato regionale. Il Direttore Sociale, assunto per conto del distretto dal comune capofila, opera con ASL e Comitato di Distretto.
<b>Lombardia</b>	L.R. 3/2008, Governo delle rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.
	DGR VIII/9152/2009, Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali anno 2008, del Fondo Sociale Regionale 2009 e del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.
<b>Lazio</b>	L.R. 20/2006, istituzione Fondo regionale per la non autosufficienza
<b>Toscana</b>	L.R. 66/2008, Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza
	Il 22 ottobre 2008 nasce il network Puntoinsieme, in attuazione del Fondo regionale per la non autosufficienza, per dare risposte efficaci ai circa 80 mila anziani e alle loro famiglie. Totale delle risorse dedicate 56, 89 milioni di euro, di cui il 57% (32, 2 milioni) impiegati per inserimento permanente in Rsa, il 15% (8,3 milioni) in Sad, il 14% (7,7 milioni) per inserimenti temporanei in Rsa, oltre il 7% per inserimenti in Centri diurni, più del 6,5% in assistenza familiare e il restante 1% per altre forme di assistenza (sole 24 ore Sanità, 26 mag – 1 giugno 2009).
<b>Umbria</b>	L.R. 9/2008, Istituzione Fondo Regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni
<b>Provincia di Bolzano</b>	L.P. 10/2007, Interventi per le persone non autosufficienti
<b>Emilia Romagna</b>	L.R. 2/2003, Legge quadro sui servizi sociali
	L.R. 27/2004, Art. 51, Istituzione Fondo Regionale per la non autosufficienza
	DGR 509/2007, Avvio del FRNA nel 2007 e programma triennale 2007-2009
	DGR 1206/2007, Indirizzi attuativi per la gestione del programma
<b>Sardegna</b>	L.R. 2/2007, Disposizione per la predisposizione del bilancio annuale e pluriennale della regione (legge finanziaria 2007)
	D.G.R. 44/2007, Disposizione per la predisposizione del bilancio annuale e pluriennale della regione (legge finanziaria 2007);
	L.R. 4/2006, Disposizioni varie in materia di entrate, riqualificazione della spesa, politiche sociali e sviluppo.
	Il fondo ammonta a 126 milioni di euro, da integrare con la quota del Fondo Nazionale per la non autosufficienza previsto dalla legge finanziaria 2007. Di questi:28 milioni sono per potenziamento SAD; 36 milioni al progetto ritornare a casa; 9 milioni destinate ad azioni di sostegno per persone con gravi patologie.
<b>Veneto</b>	L.R. 1/2007, Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 art.3, Fondo regionale per la non autosufficienza, DGR 1944/2008.
<b>Provincia di Trento</b>	L.P. 23/2007, Disposizione per la formazione del bilancio annuale 2008 e pluriennale 2008-2010 della Provincia Autonoma di Trento (legge finanziaria 2008)



## 9.4 Le esperienze regionali

### 9.4.1 Emilia Romagna

La Regione Emilia-Romagna<sup>5</sup> fin dal 2003, con l'art. 50 della L.R. 2/2003, inizia a prevedere l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza. Il Fondo, istituito ufficialmente nel 2004<sup>6</sup>, ottiene con il Programma per l'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009<sup>7</sup> una messa fuoco delle funzioni di programmazione, governo e gestione del fondo stesso, sottolineando la ricchezza e la complessità dei compiti attribuiti all'Ufficio di Piano e valorizzando il suo inserimento nel sistema della rete socio sanitaria regionale come parte di un processo di rafforzamento di servizi tra loro integrati.

Il Fondo rappresenta una parte importante del processo di realizzazione del nuovo welfare locale e regionale: Regione, Enti locali, Aziende Usl, terzo settore, volontariato, organizzazioni sindacali, assumono un impegno comune per realizzare il sistema integrato di servizi in favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

La regione esplicita quale sia l'obiettivo prioritario della costituzione del Fondo, sottolineando che questo è un finanziamento diretto a servizi socio-sanitari rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza, anziani e non, e a coloro che se ne prendono cura. E poiché l'alimentazione del Fondo è demandata anche ad un maggiore prelievo fiscale regionale, specifica ulteriormente che è oltremodo rilevante la capacità del fondo stesso di produrre una maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e di sostenere migliori condizioni di eguaglianza assistenziale con omogenee opportunità di accesso, qualità nei trattamenti, equa contribuzione a carico dei cittadini.

La regione sostiene di aver messo a disposizione risorse aggiuntive<sup>8</sup>, rispetto a quanto assicurato dal Fondo sanitario regionale e dagli Enti locali, da utilizzare per far fronte unicamente alle spese sociali e ai soli oneri sociali a rilievo sanitario, in quanto le spese prettamente sanitarie restano distintamente di competenza delle Aziende Usl anche per quanto riguarda lo sviluppo dei servizi per la non

---

<sup>5</sup> L'Emilia-Romagna è una delle regioni con numero di anziani più significativo, con oltre 960mila persone con più di 65 anni (il 22,8% della popolazione a fronte del 19,7% nazionale), con una significativa presenza di grandi vecchi (481.575 over 75enni, 127.093 over 85enni), un gruppo di popolazione dove sono più forti i bisogni assistenziali e dove sono maggiori i problemi di non autosufficienza. Significativa anche l'incidenza di persone con disabilità medio-gravi e gravissime.

<sup>6</sup> L'Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza è previsto all'art. 51 della L.R. 27/2004.

<sup>7</sup> Il Programma per l'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza e per lo sviluppo del triennio 2007-2009 è stato approvato con DGR 509/2007.

<sup>8</sup> Da un documento della Giunta dell'Emilia Romagna [www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza\\_territoriale/Dipartimento\\_cure\\_primarie/docu\\_intro/.../Fondo\\_rer\\_sintesi.pdf](http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/ssr/assistenza_territoriale/Dipartimento_cure_primarie/docu_intro/.../Fondo_rer_sintesi.pdf);

autosufficienza. E per rafforzare tale affermazione, secondo quanto previsto dalla legge regionale di istituzione del fondo<sup>9</sup>, il Fondo ha contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del bilancio delle Aziende USL.

Varie sono le priorità di intervento indicate per perseguire lo sviluppo e la qualificazione della rete degli interventi socio sanitari:

- ▶ potenziamento dei servizi domiciliari;
- ▶ riconoscimento delle forme di autorganizzazione delle famiglie con un'attenzione specifica alle assistenti domiciliari straniere;
- ▶ promozione di forme innovative di assistenza;
- ▶ ed in prospettiva, contenimento della compartecipazione delle persone alle «spese alberghiere» delle residenze (in relazione alla capacità di reddito).

La programmazione del Fondo prende avvio con un atto di indirizzo regionale per proseguire nei Piani annuali di attività a livello locale. Tale atto di indirizzo è elaborato con la Cabina di regia regionale per il welfare (luogo di concertazione tra la Regione e gli Enti locali), discusso e condiviso con le rappresentanze regionali dei sindacati, dell'associazionismo, del volontariato, del terzo settore e approvato con delibera di Giunta.

Il Piano annuale di attività è elaborato dal Comitato di Distretto e dal direttore di Distretto, in armonia con le indicazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) e della Regione, con il contributo delle parti sociali, del terzo settore e dell'insieme dei soggetti erogatori dei servizi.

Nel ripartire le risorse e nel veicolare gli orientamenti degli interventi del Fondo verso il livello municipale, in Emilia Romagna è affidato un ruolo importante alle Province. Queste costituiscono le Conferenze territoriali Socio Sanitarie, che rappresentano in Regione l'insieme delle municipalità. Esistono, quindi, tre livelli:

- ▶ La «Cabina di regia» regionale per il welfare, con un ruolo di concertazione tra la Regione Emilia-Romagna e Enti Locali attraverso la presenza delle Province;
- ▶ La CTSS, presieduta dal Presidente della Provincia;
- ▶ il Comitato di Distretto, con un ruolo di concertazione tra tutti i comuni dell'ambito e l'Ausl.

La CTSS è un organo la cui dimensione organizzativa è tipica ed esclusiva delle scelte organizzative della Regione Emilia Romagna. La CTSS è stata istituita con legge della Regione Emilia Romagna n. 19/94 «in sostituzione» della Conferenza dei Sindaci, volendo in tal modo proporre un nuovo modello di relazione

---

<sup>9</sup> L.R. 27/2004.

Figura 9.1 **Il Fondo regionale per la non autosufficienza in Emilia Romagna**

Regione Emilia Romagna			
Risorse (Milioni di euro)		Caratteristiche organizzative	Priorità di intervento (2007)
2007	311 FRNA 8 FNNA	Riparto tramite Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria +	Sviluppo Servizio Assistenza Domiciliare – SAD
2008	354,1 FRNA  (di cui 49,7 stanziati nel 2007 e non spesi)	Comitato di Distretto (composto dai Sindaci dell'ambito + l'Ausl).  Ufficio di Piano, organo tecnico per la programmazione, coordinamento e valutazione degli interventi	Sviluppo assegni di cura anziani non auto  Formazione assistenti familiari  Telesoccorso, teleassistenza
2009	24 FNNA n.r. FRNA 32 FNNA	L'Unità di Valutazione Multidimensionale fa il PAI, Piano Assistenziale Individualizzato.	Introduzione p.l. temporanei di sollievo  Sostegno reti informali (portierato, custode sociale, ...)

tra i diversi livelli di governo, grazie al quale, attraverso il pieno coinvolgimento degli Enti Locali nei processi decisionali, si potessero definire scelte politiche aderenti ai bisogni effettivi della comunità e coordinate tra loro. In realtà la CTSS non sostituisce ma si aggiunge, in quanto Conferenze dei Sindaci a livello di ambito continuano ad operare.

La CTSS nel disegno regionale dovrebbe essere la sede istituzionale di rappresentanza degli enti territoriali a livello provinciale in cui, grazie all'apporto dei partecipanti, si specificano, si verificano e si valutano le scelte di governo a livello locale del sistema socio-sanitario. Per esplicita scelta legislativa la competenza della Conferenza non è limitata all'area sanitaria ma anche a quella sociale, confermando, in tal modo, la scelta strategica della integrazione tra l'area sociale e quella sanitaria. Le funzioni principali della CTSS sono:

- ▶ di indirizzo e programmazione (mandato all'Ausl per la stesura del Piano Attuativo Locale e dei Piani per la Salute);
- ▶ di verifica e valutazione (verifica delle attività delle Ausl presenti sul territorio);
- ▶ di verifica della congruenza delle proposte del Piano Attuativo Locale rispetto al mandato conferito e monitoraggio del Piano Attuativo Locale;
- ▶ consultive (esprime parere obbligatorio sui Piani programmatici e sui bilanci delle Ausl);
- ▶ propulsive (stipula di intese).

Dal punto di vista organizzativo, invece, la CTSS generalmente è presieduta dal Presidente della Provincia. L'organo esecutivo, denominato Ufficio di presiden-

za, è composto dal Presidente e dai Sindaci Presidenti dei rispettivi Comitati di Distretto.

All'Ufficio di presidenza sono invitati permanenti, senza diritto di voto, i Direttori dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera se presente, l'Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie della Provincia e, se presenti, altri rilevanti autorità rispetto ai temi sociale e sanitario. La CTSS è, inoltre, dotata di un ufficio tecnico di supporto denominato Ufficio per la programmazione sociale e sanitaria cui sono affidati compiti di istruttoria tecnica e monitoraggio.

Tale complessa articolazione permette al livello regionale una forte vicinanza al livello locale, rafforzando il piano del confronto continuo tra sociale e sanitario, innalzando sicuramente il livello di omogeneità delle ricadute degli indirizzi regionali, nonché rendendo più esplicita la compartecipazione dei comuni alla ripartizione e all'utilizzo delle risorse.

Le risorse per il 2007, pari a 311 milioni di euro (di cui 100 milioni dalla manovra fiscale regionale), sono vincolate allo sviluppo e alla qualificazione, anche attraverso il processo di accreditamento, di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nel territorio regionale. Ai 311 milioni si aggiungono le risorse previste dal Fondo nazionale per la non autosufficienza: per la Regione Emilia-Romagna circa 24 per il 2008 e circa 32 per il 2009 (Tabella 9.1). Nel 2008 le risorse a disposizione del Fondo per la non autosufficienza è pari a 354 milioni di euro, di cui 49,7 provenienti da risorse stanziati nel 2007 e non spese.

Il riparto delle risorse è assicurato dalle CTSS ai Comitati di Distretto in relazione alla popolazione residente con più di 75 anni ed in relazione ai casi rilevati per le gravissime disabilità acquisite (circa 304 milioni per il 2008). Le restanti risorse sono destinate ai servizi socio-riabilitativi per persone disabili secondo modalità e criteri in via di definizione condivisa.

## 9.4.2 Liguria

A marzo del 2008 la Regione Liguria ha definito il livello di stanziamento del Fondo Regionale per la non autosufficienza e ha dichiarato conclusa la fase di sperimentazione. Sono 43,5 milioni di euro in tre anni: 22,5 milioni i nuovi stanziamenti per il 2008, che si aggiungono ai 7,5 del 2006 ed ai 13,5 del 2007.

La fase di sperimentazione è durata un anno ed è servita<sup>10</sup> a mettere in evidenza una domanda di assistenza sconosciuta ai servizi sociali e alle Asl pari al 75% delle domande pervenute. Una domanda a cui la Regione Liguria ha scelto di rispondere con un'unica modalità, assegnando le risorse provenienti dal Fondo Regionale per la non autosufficienza direttamente, attraverso contributi economici.

<sup>10</sup> Dal sito della Regione Liguria, sezione Liguria Informa Web, Giornale della Giunta, 7 marzo 2008: <http://rl.regione.liguria.it>

Figura 9.2 **Il Fondo regionale per la non autosufficienza in Liguria**

Regione Liguria			
Risorse (Milioni di euro)		Caratteristiche organizzative	Priorità di intervento
<b>Totale fondo regionale triennio 43,5</b>			
2006	7,5 FRNA ca 20 FNNA	Distretto socio – sanitario gestisce l'istruttoria, raccoglie le domande e valuta i casi,	Erogazione di contributi economici per fornire un'ampia distribuzione di risorse (ISEE /UVM)
2007	13,5 FRNA ca 20 FNNA	la regione definisce le graduatorie di accesso	
2008	22,5 FRNA ca 20 FNNA		

Perno organizzativo dell'assegnazione del Fondo è il Distretto Socio Sanitario, che eroga i contributi, il cui Direttore sociale è nominato dal comune capofila.

L'obiettivo prioritario è favorire un'ampia distribuzione delle risorse, adeguata al fabbisogno dei 19 distretti socio-sanitari liguri. Per tale ragione la Giunta regionale ha deciso di ammettere al sostegno finanziario i nuclei familiari che hanno un reddito ISEE non superiore ai 20.000 euro (con ulteriore abbattimento di 2.500 euro del reddito – come stabilito dal Piano sociale integrato regionale – per coloro che hanno più di un minore a carico e per ogni portatore di handicap presente nel nucleo familiare).

Per questi è prevista l'erogazione di un assegno che varia tra i 350 (fino a 10.000 euro di reddito annuo) e i 280 euro mensili (da 10.001 a 20.000 euro di reddito annuo). Oltre all'indicatore economico, un altro parametro necessario per accedere al fondo è la valutazione di non autosufficienza, effettuata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Socio Sanitario. Ri-valutazioni del caso potranno essere compiute ogni 4 mesi.

Il sostegno regionale si va ad aggiungere all'indennità di accompagnamento già prevista dalla normativa nazionale per coloro che hanno la certificazione del 100% di invalidità.

Secondo la Regione, da quando il fondo è stato istituito, 8.388 persone, in tutta la Liguria, hanno ottenuto il riconoscimento per avere il beneficio. Di queste 3.759 hanno già ricevuto il contributo economico e altre 4.629, sono in attesa dell'erogazione. Da un primo esame delle domande pervenute alla Regione risulta che l'1,8% dei casi si colloca in un'età inferiore ai 65 anni, mentre l'85,8% si colloca oltre i 75 anni.

Al fine di comprendere nel dettaglio le modalità di riparto e utilizzo del Fondo, è stata analizzata l'esperienza del distretto di Savona. Come previsto dalla legge istitutiva del fondo, le risorse sono state trasferite al distretto socio sanitario, in particolare al comune di Savona, in quanto capofila.

Nella fase di sperimentazione, dal gennaio 2007 al marzo 2008, gli utenti beneficiari del fondo sono stati per il 15% disabili e per l'85% anziani. In seguito la di-

stribuzione ha visto aumentare il peso degli anziani rispetto ai disabili. Il distretto trasferisce le risorse agli utenti fino alla capienza del fondo. Il trasferimento è vincolato all'utilizzo delle risorse da parte dei destinatari, che deve essere specificato nella domanda. Alcuni esempi di vincolo di destinazione, concordato con gli utenti, sono: l'assistenza familiare con firma di un patto assistenziale, la presenza di una badante, l'acquisto di servizi erogati da cooperative accreditate.

L'accesso si svolge presso ognuno degli ambiti che costituiscono il distretto socio sanitario. Presso l'ambito avviene un primo controllo della domanda e una eventuale richiesta di adeguamento nei casi in cui fosse necessario. Il distretto svolge una seconda istruttoria e attiva la visita domiciliare, svolta congiuntamente da una assistente sociale e da un geriatra. Il tempo intercorrente tra la presentazione della domanda e la decisione di ammissibilità è di 30 giorni; altri trenta giorni circa sono necessari per avviare la liquidazione del trasferimento.

Per la valutazione di ammissibilità è stata utilizzata la scheda AGED. Ogni distretto ha definito autonomamente i soggetti deputati alla valutazione: in alcuni contesti UVG o UVH, in altri, a fronte di una domanda particolarmente elevata, sono stati attivati i MMG.

Tuttavia, l'adozione di comportamenti non omogenei tra distretti, a fronte di una responsabilizzazione finanziaria di parte regionale, ha portato nella prima tornata decisionale al superamento delle disponibilità del fondo. Per tale ragione è stato introdotto un sistema di valutazione omogeneo e gestito a livello regionale, mentre nella fase sperimentale le informazioni relative alla valutazione ed ai trasferimenti erano gestite con un sistema informativo di distretto.

Il ruolo del distretto socio sanitario e della Regione sono quindi chiaramente distinti: la gestione delle relazioni con l'utente e le attività di back office connesse allo svolgimento dell'istruttoria sono svolte dal distretto. La responsabilità finanziaria sull'utilizzo delle risorse, e il processo di trattamento delle informazioni ai fini dell'eleggibilità dei destinatari, afferiscono invece alla Regione.

### 9.4.3 Regione Toscana

Nel 2007 la regione Toscana presenta le prime linee guida per il varo del Fondo per la non autosufficienza con l'obiettivo di disciplinare gli interventi a favore delle persone non autosufficienti e migliorare la qualità, la quantità e l'appropriatezza delle risposte assistenziali di anziani e disabili, sostenendo l'impegno delle famiglie nelle attività di cura, nonché privilegiando la risposta domiciliare e la vita indipendente. A dicembre 2008 si conclude l'iter sperimentale ed elaborativo con l'approvazione della L.R. 66/2008.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza<sup>11</sup> è finanziato in parte da risorse

<sup>11</sup> La maggior parte delle informazioni sono state raccolte dal Rapporto generale di monitoraggio strategico 2008 della Regione Toscana, par. 2.5.

provenienti dal Fondo sanitario regionale, in parte dal Fondo sociale regionale, in parte dal Fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da lasciti o donazioni.

Le risorse del fondo del 2009 sono 70 milioni di euro. Nei due anni precedenti la dotazione finanziaria si era così articolata:

- ▶ 130 milioni di euro nel 2007, nella fase di avvio del programma di interventi per la non autosufficienza, attraverso la specifica finalizzazione agli interventi per la non autosufficienza delle risorse ordinarie trasferite alle ASL;
- ▶ 180 milioni di euro nel 2008 di finanziamento alle ASL, dando avvio alla seconda fase del programma, con l'impegno di 36 milioni di euro destinati alle Zone-distretto, per l'attuazione della fase pilota del progetto «Assistenza continua alla persona non autosufficiente».

Le risorse sono allocate alle Zone-Distretto attraverso le Società della salute, in base ad indicatori demografici. Hanno un vincolo di destinazione e sono gestite con contabilità separata. I Comuni concorrono con risorse proprie.

Gli obiettivi concreti del Fondo sono:

- ▶ l'annullamento delle liste di attesa per l'inserimento nelle RSA;
- ▶ il potenziamento della rete di assistenza domiciliare;
- ▶ la definizione di contributi alle famiglie per il sostegno al lavoro di cura delle assistenti familiari e per l'emersione di una grossa fetta del lavoro di cura sommerso.

Uno dei punti chiave del Fondo per la non autosufficienza è l'istituzione di uno sportello di prima accoglienza a cui rivolgersi per avere assistenza, chiamato PuntoInsieme. Il progetto prevede una copertura capillare delle zone con circa 300 sportelli. Gli operatori addetti lavorano compilando schede omogenee con la ri-

Figura 9.3 **Il Fondo regionale per la non autosufficienza in Toscana**

Regione Toscana			
Risorse (Milioni di euro)		Caratteristiche organizzative	Priorità di intervento
2007	0 FRNA 130 FSR+Fsr+ FNNA+altro	Riparto tramite Società della Salute;	Azzeramento liste di attesa RSA
2008	0 FRNA 180 FSR+Fsr+ FNNA+altro	Progetto PuntoInsieme, 300 sportelli nelle 34 zone distretto, elaborano scheda unica; l'UVM, Unità di	Potenziamento domiciliare
2009	70 FRNA	Valutazione Multidimensionale, fa il PAP, Piano Assistenziale Personalizzato.	Contributi alle famiglie

levazione dello stato di bisogno della persona per la quale si richiede il sostegno. La scheda passa poi all'Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) composto da un medico di distretto, da un assistente sociale e da un infermiere professionale. Di volta in volta l'Unità potrà essere integrata dal MMG dell'assistito e da specialisti ed operatori della riabilitazione.

Nei primi mesi di vita di PuntoInsieme, (il network nasce ufficialmente il 22 ottobre 2008), la regione evidenzia piena soddisfazione del progetto, mettendo a disposizione i numeri delle prese in carico<sup>12</sup>: più di 25 mila le persone accolte presso gli sportelli dislocati sul territorio regionale, oltre 16 mila le valutazioni effettuate dalle UVM relativamente ai casi cosiddetti complessi, che richiedono una valutazione socio-sanitaria integrata, liste d'attesa per le RSA diminuite di oltre un terzo rispetto al 2007 (dalle 3.300 al 31.12.2007 alle 2.120 al 31.12.2008); le persone prese in carico attraverso i percorsi di assistenza domiciliare sono passate da 33 mila del 2007 a oltre 35 mila nel 2008.

A maggio 2009 è stato approvato l'atto di indirizzo regionale per le modalità di compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 della L.R. 66/2008 sulla non autosufficienza; esso definisce i livelli differenziati di reddito e patrimonio oltre i quali non si permette la totale copertura sanitaria del costo delle prestazioni indicate nel Progetto di assistenza personalizzato (PAP).

## 9.5 Considerazioni finali

Il Fondo nazionale per le non autosufficienze, nonostante sia di ammontare limitato, rappresenta il primo tentativo di destinare risorse addizionali alla popolazione non autosufficiente offrendo alle Regioni e agli enti locali una leva di ricomposizione degli interventi, dei decisori e delle fonti di finanziamento.

L'analisi della normativa regionale e delle esperienze della Regione Emilia Romagna, della Liguria e della Toscana, evidenziano che il fondo per le non autosufficienze è stato utilizzato per una duplice finalità: da un lato per l'ampliamento del sistema di interventi diretti alla tutela dei cittadini (anziani o disabili) in condizioni di non autosufficienza; dall'altro per l'integrazione di tali interventi con le altre tipologie di supporto in atto per lo stesso target di utenza.

Il perseguimento di tali obiettivi pone alcune questioni rilevanti.

La prima questione è relativa all'incidenza del fondo per le non autosufficienze rispetto al finanziamento degli interventi già in essere. Le Regioni hanno ampliato significativamente il perimetro di intervento pubblico: ad esempio, rispetto alle risorse stanziare dal Fondo nazionale, la Regione Emilia Romagna, la Liguria e la Toscana hanno stanziato molto di più. Ciononostante le risorse pubbliche

---

<sup>12</sup> Da Il sole 24 ore Sanità, «Non autosufficienti, primo bilancio», 26 maggio - 1° giugno 2009, pag. 19.



per l'assistenza ai non autosufficienti continuano a costituire una parte limitata della spesa complessive per l'assistenza<sup>13</sup>. La tutela delle persone non autosufficienti continua ad essere, infatti, in prevalenza a carico delle famiglie o dell'INPS, che trasferisce risorse direttamente alle famiglie. Da questo punto di vista il problema che si pone non è tanto quello del «peso» che il fondo assume rispetto alle risorse complessivamente dedicate all'assistenza per la non autosufficienza, quanto quello dell'efficacia con cui le risorse del fondo si integrano con l'intervento che le famiglie già stanno finanziando. La scelta relativa alla destinazione del finanziamento (trasferimento finanziario o erogazione di prestazioni) assume un rilievo importante rispetto alle potenzialità integratorie del fondo.

La seconda questione, quindi, è relativa a cosa finanzia il fondo per le non autosufficienze. Il fondo può essere utilizzato per finanziare servizi aggiuntivi agli utenti, per trasferimenti monetari con un vincolo di destinazione, oppure per trasferimenti monetari senza vincolo di destinazione. Dal punto di vista dell'integrazione tra le risorse afferenti al fondo e le altre risorse, pubbliche e private, il fondo opera in modo diverso. Nel caso in cui il fondo finanzia l'erogazione di prestazioni, la selezione all'accesso e il case management costituiscono lo strumento prioritario di integrazione tra le prestazioni finanziate dal fondo e quelle finanziate dalle famiglie. Al contrario, nel caso in cui il fondo finanzia un trasferimento finanziario alle famiglie, l'integrazione tra le risorse è affidata alla famiglia stessa. Nel caso in cui il trasferimento finanziario è associato ad un vincolo all'utilizzo, la famiglia ricomponde al proprio interno un budget complessivo, ma la quota di quel budget finanziata dalla regione deve essere allocata secondo quanto previsto dagli specifici regolamenti. Le scelte assunte dalle tre Regioni analizzate vanno in direzioni diverse: mentre la Toscana e l'Emilia Romagna finanziano l'erogazione di prestazioni, la Liguria finanzia il trasferimento finanziario alle famiglie.

Le terza questione riguarda l'impatto della scelta tra il potenziamento dei servizi e i trasferimenti monetari, sul sistema di governance, soprattutto relativamente al livello deputato a programmare l'utilizzo del fondo. A chi compete la scelta delle priorità da perseguire con il fondo per la non autosufficienza? Le regioni che hanno scelto di erogare trasferimenti monetari assumono di fatto una regia nel processo di erogazione del fondo, che nel caso della Liguria si concretizza anche nel ricorso ad un sistema informativo integrato per la decisione relativa all'eleggibilità dei richiedenti. Le regioni che privilegiano l'erogazione di prestazioni collocano, invece, la funzione di governo del fondo a livello locale (l'Emilia Romagna, ad esempio, la colloca a livello del comitato di distretto, che vede la presenza degli enti locali e dell'Azienda Usl). La natura delle prestazioni (trasfe-

<sup>13</sup> A titolo di esempio, la spesa pro capite rilevata in tre distretti lombardi nel corso del 2006 variava da 410 a 511 euro, con una componente di finanziamento da parte degli enti locali e delle regioni che oscillava da 34 a 130 euro, una quota INPS tra i 180 e i 190 euro e una quota a carico delle famiglie variabile tra 132 e 264 euro (Montanelli e Turrini 2006: 85).

rimenti monetari o erogazione di servizi) influenza la distribuzione dei ruoli e del potere tra le regioni e gli enti locali.

La quarta questione riguarda l'impatto del sistema di governance reale del fondo sull'integrazione delle politiche. La scelta degli strumenti di gestione del fondo, del tipo di impiego (trasferimento monetario o servizi) e del conseguente livello decisionale determina la maggiore valenza integratoria sul piano delle politiche, oppure caratterizza il fondo come portafoglio aggiuntivo, dotato di sistemi di governance separati, con l'esito di introdurre ulteriore frammentazione a livello sia di politiche sia di sistema di governance locale.

### **Bibliografia**

- Consiglio dei Ministri (2006), *Legge finanziaria per il 2007 (27 dicembre 2006, n.296)*.
- Consiglio dei Ministri (2007), *Legge finanziaria per il 2008 (21 Dicembre 2008)*.
- Giorgi G. (2008), «Programmazione regionale e sistemi di governance», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 15, pagg. 9-16.
- Giorgi G., Ranci Ortigosa E. (2008), «Il governo delle politiche regionali», in Gori C.(a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- Gori C. (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci.
- ISTAT (2004), *Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e per regione. Anno 2004*.
- Longo F. (2001), *Federalismo e decentramento, Proposte economico aziendali per le riforme*, Milano, EGEA.
- Longo F., Tediosi F. (2009), «Servizi per la non autosufficienza: un quadro regionale frammentato», *Rapporto ISAE sulla Finanza Pubblica e le Istituzioni*, Roma.
- Ragioneria Generale dello Stato (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*.
- Turrini A., Montanelli R. (2006), *La governance locale nei servizi sociali*, Milano, EGEA.