

Differenze di governance e disuguaglianze istituzionali nelle politiche di long-term care

Angela Genova

RPS

La crisi economica finanziaria con le relative politiche di austerità ha acuito i processi di differenziazione regionale delle politiche sociali e sanitarie. Focalizzandosi sulle politiche di long-term care, lo studio analizza le esperienze di governance regionali attraverso l'esame dei piani di programmazione regionale di Veneto, Emilia-Romagna e Marche. Le regioni presentano contesti regolativi molto eterogenei,

caratterizzati da differenti livelli di integrazione tra le varie politiche di welfare, ma anche tra i servizi territoriali all'interno delle stesse aree di intervento, e di integrazione tra cure formali offerte dai servizi e cure informali della famiglia. Differenze nelle esperienze di governance dell'integrazione nelle politiche di long-term care si trasformano in disuguaglianze istituzionali nelle risposte ad analoghi bisogni.

1. Introduzione

La crisi economica finanziaria e le relative scelte di policy hanno sferzato un grave colpo al sistema di welfare italiano già segnato da consolidate criticità. La percentuale di popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale è aumentata da poco meno del 25% del 2009 a quasi il 30% nel 2012 (Eurostat, 2016a). Mentre il numero delle persone che vivono in povertà assoluta è più che raddoppiato negli ultimi 7 anni, passando da 1,8 milioni nel 2007 a 4,1 milioni nel 2014 (Istat, 2015a).

Il processo di riorganizzazione territoriale delle politiche di welfare, legittimato dall'assetto istituzionale sancito quindici anni fa dalla riforma del titolo V della Costituzione, ha reso le regioni e i comuni, singoli o associati, i protagonisti del sistema di assistenza sociale. Il principio di sussidiarietà verticale ne ha aumentato in maniera esponenziale le responsabilità nel fornire risposte a bisogni crescenti, a fronte di ridotti trasferimenti monetari statali. Le politiche di austerità hanno, infatti, portato a una contrazione del Fondo nazionale per le politiche sociali che è passato da poco più di 1 miliardo e 500 milioni

di euro nel 2007 a 12 milioni nel 2015 (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2016). Il processo di regionalizzazione aveva già coinvolto anche l'area delle politiche sanitarie, con le riforme degli anni novanta, trasformando di fatto il sistema sanitario nazionale in sistemi sanitari a carattere regionale con assetti regolativi differenziati, ma uniti dall'obiettivo di garantire pari implementazione ai livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea).

All'interno di questo contesto, l'ultimo decennio si è caratterizzato per un aumento della popolazione al di sopra dei 65 anni di poco più di 1 punto percentuale (da 19,5% nel 2005 al 21,7% nel 2015), mentre le previsioni demografiche delineano uno scenario in cui la percentuale di ultrasessantacinquenni sarà superiore al 32% della popolazione nel 2043 (Istat, 2011). Le trasformazioni demografiche e quelle di carattere epidemiologico, con l'aumento delle malattie cronico degenerative, rappresentano una delle principali sfide strutturali ai sistemi di welfare europei. A fronte di una piramide demografica rovesciata, le riforme nel sistema di welfare diventano indispensabili per poter permettere il mantenimento di una gestione collettiva dei rischi individuali legati all'invecchiamento e alla non autosufficienza. Il sistema italiano, al pari di quello inglese, si è, invece, caratterizzato per l'assenza di politiche di riforma e riorganizzazione strutturali negli ultimi decenni, al contrario di quanto fatto dagli altri paesi europei (Ranci e Pavolini, 2013).

La crisi economica finanziaria si è quindi innestata in un sistema di politiche per la popolazione anziana e in particolare per quella non autosufficiente già caratterizzate da lacune strutturali. Un sistema sbilanciato a favore di prestazioni economiche più che di servizi. Nel 2008, l'Italia ha dedicato alle spese di cura per gli anziani lo 0,14% del Pil a fronte dell'1,68 della Danimarca e dello 0,45% della Spagna. Nel 2013 ha investito il 16,5% del suo Pil in pensioni, mentre la Danimarca il 13,9% e la Spagna il 12,6% (Eurostat, 2016b). Il Fondo per la non autosufficienza ha presentato oscillazioni molto marcate: 400 mila euro nel 2009, 100 mila euro nel 2011 e completo annullamento nell'anno successivo, mentre è al momento ritornato a quota 400 mila euro per il 2015 (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2016).

Processi di regionalizzazione delle politiche sociali e sanitarie sono stati quindi accompagnati da un immobilismo istituzionale a livello nazionale. Esempio emblematico ne è la mancata riforma dell'indennità di accompagnamento, una misura la cui universalità rischia di

minarne l'efficacia e l'efficienza. Le singole Regioni sono state chiamate a elaborare risposte originali ed efficaci, per competere direttamente nell'arena mondiale, in uno scenario di diffuso neoliberalismo. Una volta riconosciuto il fallimento del modello di un sistema sanitario nazionale unico, caratterizzato da isomorfismo istituzionale, e una volta dato il via libera alle regioni di ricercare la ricetta regionale e il modello di governance più efficace, le Regioni hanno fatto appello alle proprie capacità istituzionali e culture politiche per sviluppare esperienze all'insegna del polimorfismo istituzionale in campo sia sanitario che sociale.

In questo lavoro analizziamo le politiche regionali per il *long-term care*, e quindi la non autosufficienza, concentrandoci sulle esperienze di governance regionali. Lo studio si basa sull'analisi comparata dei principali documenti regolativi nel campo delle politiche sociali e sanitarie: i piani sociali e sanitari regionali. Il carattere programmatico di questi documenti li rende particolarmente interessanti perché rappresenta la *vision*, la prospettiva di sviluppo dei welfare regionali e quindi l'orizzonte al cui interno le singole decisioni di policy vengono o dovrebbero essere prese. Riconosciamo proprio in questo aspetto non solo il punto di forza ma anche di debolezza dello studio: non sempre, infatti, gli obiettivi definiti e le azioni annunciate sono implementate negli anni seguenti. Lo studio si focalizza quindi sull'analisi delle politiche enunciate e desiderate più che su quelle realizzate nel campo del *long-term care*.

2. La complessità assistenziale nel long-term care e il bisogno di integrazione nelle risposte

I dati Istat (2015b) delineano uno scenario in cui la presenza di limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi interessa una persona su quattro, al di sopra dei 15 anni di età, circa 13 milioni di cittadini. Tra questi il 23% riferisce di limitazioni gravi, con elevati livelli di difficoltà in almeno una tra le funzioni motorie, sensoriali o nelle attività essenziali della vita quotidiana, con una marcata percentuale di persone anziane che rappresentano il 61%. L'interazione tra le condizioni di salute di queste persone e il loro contesto ambientale genera diverse opportunità o limitazioni al processo di inclusione sociale e lavorativa, segnando diversi livelli di dipendenza.

Il sistema di welfare «familiaristico» (Saraceno, 1998) italiano rispecchia e

RPS

Angela Genova

consolida un sistema sociale patriarcale in cui i processi di emancipazione delle donne trovano una barriera strutturale nelle difficoltà ad accedere al mondo del lavoro e a mantenerne una posizione, ma nello stesso tempo un pozzo senza fondo per quanto attiene ai bisogni di cura domestica e familiare in assenza di adeguati servizi pubblici. All'interno della trappola di un lavoro domestico e di cura non retribuito, le donne mantengono la loro subordinazione e l'ordine in un sistema che non fa mistero del suo maschilismo discriminatorio. Il tasso di occupazione femminile è del 47% a livello nazionale, con marcate differenze regionali.

Il termine *governance* rimanda alle relazioni tra i diversi attori chiamati a rispondere ai bisogni sociali e di cura della popolazione. Per analizzare le esperienze di *governance* delle politiche di *long-term care* nei piani di programmazione regionale abbiamo messo a punto una griglia di lettura articolata su tre principali dimensioni: l'integrazione *verticale*, *orizzontale* e *trasversale* (Froland, 1980; Whittaker, 1986; Billups, 1988; Leichsenring, 2004). Il focus sul tema dell'integrazione deriva dalla constatazione dei limiti di un sistema frammentato e dalla necessità di rispondere in maniera coordinata ai bisogni unici della persona. Tuttavia, la complessità del tema ha richiesto di sviluppare una chiave di lettura capace di tener conto di diverse variabili che in maniera combinata contribuiscono alla definizione di specifici assetti regolativi nelle politiche di *long-term care* e di fatto a risposte più o meno eterogenee agli stessi bisogni della popolazione.

La dimensione verticale punta a cogliere le relazioni tra soggetti istituzionali che all'interno della medesima filiera ricoprono funzioni e livelli differenti. Per esempio all'interno dell'area sanitaria si focalizza sui rapporti tra livello ospedaliero e quello territoriale.

La dimensione orizzontale si rivolge alle relazioni tra diverse aree di welfare, quindi alle relazioni tra soggetti all'interno di filiere differenti. Analizza quindi i rapporti tra politiche e servizi sociali con quelli sanitari e con tutte le altre aree del welfare.

L'ultimo focus è invece sulle relazioni tra gli attori protagonisti del sistema di welfare, la dimensione dell'integrazione trasversale studia, infatti, le relazioni tra i soggetti istituzionali chiamati a rispondere ai bisogni di cura e assistenza, focalizzando l'attenzione sulle relazioni tra i quattro principali attori del welfare: Stato, mercato, famiglia e terzo settore, come delineati nel diamante del welfare (Ferrera, 2006). Promuovere l'integrazione tra le cure formali e informali significa, quindi, riconoscere e valorizzare le famiglie nel ruolo di *carer*, inserendole nel-

la rete delle risposte ai bisogni di cura che un territorio offre, in una prospettiva integrata di rete delle cure (Triantafillou e al., 2011; Lopez-Hartmann e al., 2012; Vicarelli, 2009). In che maniera le cure formali del sistema sanitario e sociale sono poste in relazione con le cure informali della famiglia e del mercato (assistenti familiari) alle quali la famiglia ricorre? Le relazioni tra i *care giver*, che sono in maniera dominante le donne della famiglia, e il sistema dei servizi in una prospettiva di analisi dell'integrazione verticale e orizzontale delinea contesti istituzionali e risposte ai bisogni di cura e assistenza diversi.

3. Esperienze di governance regionale

Lo studio ha interessato tre Regioni del Centro e Nord Italia: Veneto, Emilia-Romagna e Marche. La scelta di focalizzare l'attenzione su queste esperienze regionali risiede nell'eterogeneità dei modelli organizzativi sviluppati e nell'essere considerate tra le esperienze più virtuose in Italia. L'integrazione tra le politiche e tra gli attori appare un tema comune ai piani di programmazione delle tre Regioni analizzate, ma un'attenta lettura dei documenti regolativi delinea uno scenario caratterizzato da prospettive e da proposte molto differenti.

Nel documento di programmazione della Regione Veneto (2012) il tema delle risposte integrate ai bisogni di assistenza delle persone in *long-term care* si inserisce in un modello istituzionale caratterizzato da una storia decennale di costruzione di politiche integrate sociali e sanitarie. Negli anni settanta, infatti, furono istituiti i consorzi socio-sanitari, e nel 1982 le Unità sanitarie locali (Usl) furono trasformate in Unità locali socio-sanitarie (Ulss; l.r. 55/82). La dimensione dell'integrazione tra sociale e sanitario fu inoltre ulteriormente rafforzata sia nella definizione delle nuove Ulss (l.r. 56/94) che con il piano socio-sanitario del 1996 (l.r. 5/96). Elemento cruciale nelle politiche del Veneto è stata quindi la delega dei Comuni nei confronti delle Ulss in merito ai servizi sociali. Questo ha permesso in una fase di vuoto legislativo nazionale nel campo delle politiche sociali di garantire risposte strutturate e ancorate alle più salde e finanziate politiche sanitarie.

Il piano socio-sanitario del Veneto tratta il tema delle risposte ai bisogni di assistenza di *long-term care* all'interno di una prospettiva consolidata di integrazione tra le politiche sociali e sanitarie, mentre appare immatura la prospettiva di integrazione con le altre politiche di welfare. Il Piano (*ivi*, p. 48) infatti esplicita la necessità di maggiore integra-

zione con le politiche formative, abitative e occupazionali, ma delega i processi di costruzione dell'integrazione a livello di Piano di zona, e quindi di fatto non delinea un contesto regionale di integrazione tra le politiche.

L'analisi dell'integrazione verticale nel piano di programmazione della Regione Veneto mette in luce un modello altamente integrato, sviluppatosi su protocolli operativi di presa in carico e che pone il *case manager* come responsabile dell'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. La prospettiva sanitaria domina nell'esperienza di integrazione di questa Regione, con l'attribuzione del ruolo di *case manager* alla figura professionale dell'infermiere (*ivi*, p. 46).

L'aspetto delle relazioni tra gli attori formali e informali protagonisti dei processi di cura e assistenza è esplicitamente trattato anche attraverso la realizzazione di *partnership di comunità* per il coinvolgimento dei soggetti non istituzionali con una particolare attenzione al volontariato (*ivi*, p. 47). Il sostegno alle famiglie impegnate in azioni di cura e assistenza nei casi di *long-term care* è promosso attraverso il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e degli assegni di cura, e la creazione di *reti di buon vicinato* tra le famiglie anche per la collaborazione nella gestione dei tempi di cura (es. figli, genitori anziani, *housing* sociale, ecc.). Supporto psicologico, servizi di sollievo e centri diurni fanno parte dei servizi rivolti al supporto delle famiglie.

Contrariamente all'esperienza del Veneto definita di «delega» (Genova e Ricci, 2008), la Regione Marche (2011) ha perseguito un modello istituzionale di integrazione tra politiche sociali e sanitarie caratterizzato dalla separazione delle competenze: gli aspetti sociali gestiti dai Comuni, mentre quelli sanitari dalle Aziende sanitarie. Un modello, definito «quadrato» (Genova e Ricci, 2008), che più che l'integrazione ha promosso la multiprofessionalità ma all'interno di istituzioni diverse. Un esempio emblematico è rappresentato dalle Unità multidisciplinari dell'età adulta (Umea) e dell'età evolutiva (Umee) che sono responsabili della presa in carico delle persone con disabilità ma non anziane. Queste pur prevedendo il coinvolgimento dell'assistente sociale, non prevedono però il coinvolgimento di figure professionali che lavorano nei Comuni o negli Ambiti territoriali sociali. L'assistente sociale coinvolta è infatti quella dei servizi sanitari, dei distretti. All'interno di una politica orientata a costruire risposte integrate, ma istituzionalmente separate, il Piano socio-sanitario regionale 2012-2014 rappresenta già di per sé una innovazione e un passo in avanti verso il consolidarsi di una risposta integrata. Il Piano delle Marche, infatti, per la

prima volta unisce la programmazione sociale e quella sanitaria all'interno di un unico documento. Delinea inoltre un assetto istituzionale innovativo con la costituzione di Unità operative sociali e sanitarie (U.O. Ses; Arlotti, Catena e Genova, 2015), come *luogo* della progettazione, organizzazione e gestione dell'integrazione socio-sanitaria, con responsabilità congiunte tra il coordinatore di ambito territoriale sociale e il direttore del Distretto. Le figure professionali coinvolte sono: gli operatori dell'ufficio di Piano (responsabili dei servizi sociali dei Comuni appartenenti all'Ambito territoriale sociale), dell'ufficio di coordinamento per le attività distrettuali, i rispettivi coordinatori di Ambito territoriale sociale, i direttori dei Distretti, e i responsabili dei dipartimenti che si occupano di integrazione sociale e sanitaria (dipendenze patologiche, salute mentale, ecc.), i rappresentanti dei medici di medicina generale (Mmg) e dei pediatri di libera scelta (Pls). Nel documento di programmazione della Regione Marche, il tema dell'integrazione tra le diverse aree di policy del welfare regionale è solo annunciato, con un generico rimando a un coordinamento con la programmazione per lo sviluppo industriale, le politiche attive del lavoro e della casa, la formazione professionale, la scuola, le politiche giovanili, la tutela ambientale, la cooperazione internazionale e l'economia solidale (Regione Marche, 2011, p. 183). Per quanto attiene alla dimensione verticale dell'integrazione, il coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali è in prospettiva presentato come un obiettivo da realizzarsi attraverso la costituzione delle Case della salute legate alle esperienze avviate a livello regionale degli ospedali di comunità (*ivi*, p. 116). Un sistema quindi in cui l'assetto istituzionale che possa garantire l'integrazione verticale rimane una dichiarazione di intenti in assenza di una strategia operativa con obiettivi e indicatori chiari.

Altro grande assente nella programmazione delle Marche è il tema dell'integrazione trasversale. Pur ricoprendo un ruolo centrale nella risposta ai bisogni di cura e assistenza nei casi di *long-term care*, la famiglia rimane infatti assente nella rete delle relazioni tra gli attori protagonisti di queste politiche. O meglio, l'unica modalità proposta di sostegno alla famiglia nei suoi compiti di cura è quella del supporto economico, tramite gli assegni di cura, e viene fatto un generico riferimento all'integrazione degli attori del terzo settore nella rete dei servizi (*ivi*, p. 169). L'unica area in cui vengono esplicitati altri interventi di supporto è quella della demenza con azioni di formazione periodica alle famiglie, ma anche in questo caso non sono esplicitati gli obiettivi né gli indicatori di questi interventi.

RPS

Angela Genova

Analogamente all'esperienza delle Marche, la governance dell'integrazione tra politiche sociali e sanitarie in Emilia-Romagna (Regione Emilia-Romagna, 2013) si caratterizza per un modello organizzativo in cui le competenze sociali e sanitarie sono distinte, trovando però un punto di coordinamento all'interno delle Case della salute il cui potenziamento è uno degli obiettivi del piano. Le Case della salute, avviate dal 2010, rappresentano i luoghi della continuità assistenziale e della gestione delle patologie croniche, di conseguenza sono il modello organizzativo in cui professionalità diverse confluiscono per garantire risposte coordinate, integrate.

Il Piano sociale e sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (*ivi*, p. 15) sostiene sin dalle sue prime pagine il superamento di visioni riduttive e settoriali, promuovendo un approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie che coinvolga anche tutte le diverse aree del welfare. In particolare intende favorire l'integrazione con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali e culturali. L'attenzione a politiche abitative di sostegno alla domiciliarità delle persone in *long-term care* è realizzata attraverso servizi specifici di adeguamento dell'ambiente domestico ai bisogni delle persone sui quali la Regione ha investito sin dalla fine degli anni novanta (vedi l.r. 29/1997, d.g.r. 2248/2003 in merito ai Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico e d.g.r. 1161/2004 sui contributi di cui agli artt. 9 e 10 della l.r. 29/1997). Il piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna, inoltre, è l'unico tra quelli analizzati a fare un esplicito riferimento alla valutazione di impatto di genere delle politiche. Punto, quest'ultimo, esplicitamente menzionato nella legge 328/2000, che rimane uno degli aspetti più disattesi nei documenti di programmazione analizzati.

Nel Piano di programmazione dell'Emilia-Romagna la dimensione dell'integrazione verticale si declina nel consolidamento dei Dipartimenti e dei Nuclei delle cure primarie. All'interno di queste organizzazioni territoriali viene garantita l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri, ma anche il coinvolgimento e il supporto alla famiglia e ai servizi domiciliari. Contrariamente a quanto presente nei Piani di programmazione del Veneto e delle Marche, in Emilia-Romagna, infatti, la famiglia viene integrata nella rete del sistema di cura, ne viene riconosciuto, valorizzato e soprattutto supportato il suo ruolo.

La dimensione della governance in prospettiva trasversale è curata nel Piano della Regione Emilia-Romagna (*ivi*, pp. 41-42) con grande attenzione. La famiglia e le cure informali hanno un ruolo di particolare rilievo e il loro supporto ai compiti di cura e assistenza è esplicitato

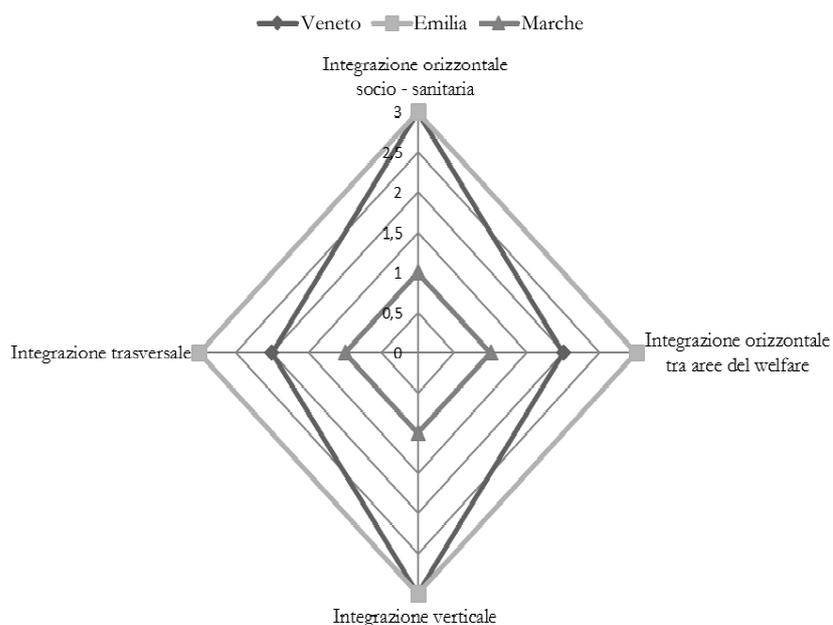
nella programmazione del fondo regionale non autosufficienza tramite servizi specifici di dimissioni protette e di ricoveri temporanei e di sollievo. Inoltre il Piano promuove il potenziamento delle reti informali di solidarietà sociale attraverso le sperimentazioni del custode sociale o del portierato, capaci di intervenire tempestivamente in caso di emergenza all'interno di una rete dei servizi integrati tra cure formali e informali. Il supporto al *care giver* è uno degli aspetti centrali delle esperienze di governance che traspaiono dal documento di programmazione dell'Emilia-Romagna. Le relazioni tra cure formali e informali sono promosse anche attraverso servizi di informazione, ascolto, consulenza e aggiornamento sia per i familiari che per le assistenti familiari, attraverso la costituzione di servizi di *tutoring* per piccoli gruppi «con l'obiettivo di mettere e integrare questa importante e diffusa realtà nella rete dei servizi» (*ivi*, p. 86).

4. Differenze regolative e disuguaglianze istituzionali

Nel processo di analisi comparato regionale abbiamo considerato l'integrazione nelle quattro dimensioni (orizzontale socio-sanitaria e con altre politiche di welfare, verticale e trasversale) come un indicatore di sviluppo delle politiche regionali di *long-term care*, e abbiamo attribuito una valutazione con corrispettivo valore numerico al grado di sviluppo della governance dell'integrazione delle politiche di *long-term care*, come emerso dall'analisi dei singoli documenti regolativi. L'analisi comparata è stata riportata graficamente (figura 1) assegnando un punteggio compreso tra 1, nei casi di minore attenzione e maturazione nelle forme di integrazione, e 3 nei casi di maggiore sviluppo nelle esperienze di governance. Al centro del grafico sono posti i bisogni di assistenza e cura nelle situazioni di *long-term care*, mentre le linee tracciate rappresentano le valutazioni comparate assegnate ai documenti regolativi analizzati.

Il Piano dell'Emilia-Romagna si caratterizza per un'attenzione marcata alla governance dell'integrazione in tutte le quattro aree analizzate con un punteggio pari a 3 in tutte le dimensioni prese in considerazione, graficamente rappresentato nel quadrato maggiore. Il Piano delle Marche è quello che, invece, presenta un minore livello di attenzione per strategie di governance integrate, delineando un quadrato di dimensioni molto contenute.

Figura 1 - Esperienze regionali comparate: la governance dell'integrazione nelle politiche di long-term care



Fonte: elaborazione a cura dell'autrice.

Il Veneto si pone in una via di mezzo, con elevata attenzione per l'integrazione orizzontale tra politiche sanitarie e sociali e per quella verticale facilitata da un modello istituzionale di delega del sociale all'organizzazione sanitaria. Un consolidato assetto integrato socio-sanitario sembra rappresentare il punto di forza dell'esperienza veneta, ma nello stesso tempo ne sembra limitare lo sviluppo della governance tra diverse aree del welfare e della governance trasversale alle quali abbiamo infatti assegnato un punteggio medio.

La posizione di svantaggio che caratterizza il Piano di programmazione delle Marche mostra che questa Regione occupa una posizione di particolare immaturità nelle forme di governance dell'integrazione.

All'interno del sistema di welfare italiano di stampo familistico, bassi livelli di integrazione nelle risposte ai bisogni di assistenza e cura di *long-term care* implicano bassi livelli di efficacia ed efficienza del sistema

di welfare regionale. Un elevato livello di integrazione tra politiche formali e informali, così come tra le diverse aree del welfare sembra infatti un requisito indispensabile per lo sviluppo dei sistemi di welfare regionali e per la loro stessa sostenibilità. Il mancato sviluppo di una governance matura dell'integrazione nelle sue diverse dimensioni, orizzontale, verticale e trasversale ha un impatto duplice, da una parte sui servizi offerti direttamente alla persona in *long-term care*, ma anche sul suo relativo *care giver*, vincolando risorse preziose, fundamentalmente di genere femminile, in compiti di cura e assistenza non retribuita e scarsamente riconosciuti socialmente; generando una situazione che, nel linguaggio delle politiche europee, assumerebbe i tratti di un evidente spreco di talenti, con il relativo impatto sulle capacità di innovazione e sviluppo socio-economico delle regioni stesse.

Quello che sorprende è la limitata capacità imitativa e di apprendimento istituzionale che sembra scaturire da esperienze di atomismo regionale schizofrenico in cui l'assenza di politiche nazionali ha determinato una legittimazione delle differenze nelle esperienze regionali, senza una valutazione del loro potenziale impatto.

La presenza all'interno dei piani di programmazione socio-sanitari di strategie di governance dell'integrazione così eterogenee, tra regioni caratterizzate da prossimità territoriale, mette in luce la differenza nella tipologia di politiche e servizi offerti di fronte alle situazioni di *long-term care*. L'elevata eterogeneità nei modelli istituzionali di governance dell'integrazione evidenziati solleva un serio problema di disuguaglianze perché, a fronte di analoghi bisogni, le risposte sono talmente diverse da trasformare le differenze in disuguaglianze.

Nonostante un quadro regolativo nazionale in cui la definizione dei livelli essenziali di assistenza dovrebbe garantire l'uniformità dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari, l'analisi delle esperienze di governance dell'integrazione nelle politiche di *long-term care* mostra risultati profondamente differenti che delineano orizzonti diversi nei servizi offerti, eterogenei diritti di cittadinanza. Il polimorfismo istituzionale regionale, legittimato dalla riforma del titolo V della Costituzione, definisce politiche molto diverse in cui il tema dell'integrazione viene declinato in modalità eterogenee. Differenze nelle esperienze di governance dell'integrazione si trasformano in disuguaglianze istituzionali nelle risposte ai bisogni. Case della salute, Nuclei delle cure primarie, Unità operative socio-sanitarie sono etichette diverse per esperienze di governance territoriale molto eterogenee e quindi per risposte disuguali agli stessi bisogni di assistenza di *long-term care*.

RPS

Angela Genova

Lo sviluppo della governance dell'integrazione nelle sue tre dimensioni orizzontale, verticale e trasversale segnerà la crescita o la riduzione dei gap tra le regioni, tra le disuguaglianze istituzionali, sancite negli assetti regolativi. L'assenza di una regia nazionale rende sempre più necessarie le iniziative delle singole Regioni per stimolare processi innovativi e di apprendimento istituzionale a partire dal conoscere, riconoscere e valutare le esperienze delle Regioni vicine.

Le esperienze territoriali di governance dell'integrazione nelle politiche di *long-term care* definiranno il livello con cui i bisogni di assistenza e cura di fronte alla non autosufficienza saranno gestiti in maniera collettiva da un sistema integrato o quanto rimarranno rischi individuali sulle spalle delle singole famiglie, o meglio delle donne della famiglia, in uno scenario di marcato aumento delle disuguaglianze (Franzini e Pianta, 2016). In un contesto in cui il retrocedere della politica, il potenziamento dell'individualismo e il trionfo dell'oligarchia finanziaria dominano il sistema capitalistico, accentuandone le disuguaglianze sociali, sono e saranno proprio le donne le più penalizzate dall'assenza di adeguati processi di riforma dei sistemi di welfare regionali.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M., Catena L. e Genova A., 2015, *La dimensione territoriale dell'integrazione. Non autosufficienze e politiche socio-sanitarie in Italia*, Carocci, Roma.
- Billups J.O., 1988, *Caring for the Carers in a Laggard Welfare State: Crises and Alternatives*, «International Social Work», n. 31, pp. 23-32.
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2016, *Politiche sociali: ricognizione sui fondi dopo la legge di stabilità*, disponibile all'indirizzo internet: www.regioni.it/newsletter/n-2642/del-16-01-2015/politiche-sociali-ricognizione-sui-fondi-dopo-la-legge-di-stabilita-13406/.
- Eurostat, 2016a, *Income and Living Conditions*, disponibile all'indirizzo internet: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/main-tables>
- Eurostat, 2016b, *Social Protection*, disponibile all'indirizzo internet: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/main-tables>.
- Ferrera M., 2006, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna.
- Franzini M. e Pianta M., 2016, *Explaining Inequality*, Routledge, Londra.
- Froland C., 1980, *Formal and Informal Care: Discontinuities in a Continuum*, «Social Service Review», vol. 54, n. 4, pp. 572-587.
- Genova A. e Ricci S., 2008, *Le sfide dell'integrazione sociale e sanitaria*, in Genova A. e Palazzo F. (a cura di), 2008, *Il welfare nelle Marche*, Carocci, Roma, pp. 309-324.

- Istat, 2011, *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/files/2011/12/futuro-demografico.pdf?title=Il+futuro+demografico+del+Paese+-+28%2Fdic%2F2011+-+Testo+integrale.pdf.
- Istat, 2015a, *La povertà in Italia, Anno 2014*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/files/2015/07/Povert%C3%A0_2014.pdf?title=La+pove+rt%C3%A0+in+Italia+-+15%2Flug%2F2015+-+Testo+integrale.pdf.
- Istat, 2015b, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. Anno 2013*.
- Leichsenring K., 2004, *Developing Integrated Health and Social Care Services for Older Persons in Europe*, «International Journal of Integrated Care», n. 4, disponibile all'indirizzo internet: www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/107/213.
- Lopez-Hartmann M., Wens J., Verhoeven V. e Remmen R., 2012, *The Effect of Caregiver Support Interventions for Informal Caregivers of Community-dwelling Frail Elderly: A Systematic Review*, «International Journal of Integrated Care», n. 12, disponibile all'indirizzo internet: www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/845/1777.
- Ranci C. e Pavolini E. (a cura di), 2013, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York.
- Regione Emilia-Romagna, 2013, *Piano sociale e sanitario della regione Emilia-Romagna 2008-2010, prorogato per gli anni 2013-2014* (d.c.r. n. 175/2008: Piano sociale e sanitario 2008-2010 e d.c.r. n. 117/2013: Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013-2014, di proroga della validità del Piano per gli anni 2013 e 2014).
- Regione Marche, 2011, *Piano socio-sanitario regionale 2012-2014. Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo* (d.c.r. n. 38/2011).
- Regione Veneto, 2012, *Piano socio-sanitario regionale 2012-2016* (l.r. 29 giugno 2012, n. 23: Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016).
- Saraceno C., 1998, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Triantafyllou J., Naiditch M., Repkova K., Stiehr K., Carretero S., Emilsson T., Di Santo P., Bednarik R., Brichtova L., Ceruzzi F., Cordero L., Mastroiannakis T., Ferrando M., Mingot K., Ritter J. e Vlantoni D., 2011, *Informal Care in the Long-term Care System – A European Overview – Executive Summary*, Commissione europea, Athens-Paris-Wien, disponibile all'indirizzo internet: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5%20Informal%20care_ExecutiveSummary_FINAL.pdf.
- Vicarelli M.G., 2009, *Verso nuovi orizzonti del Welfare*, in Bronzini M. (a cura di), *In balia delle onde. La Grave Cerebrolazione Acquisita raccontata dai pazienti e dalle loro famiglie*, Affinità Elettive, Ancona, pp. 177-185.
- Whittaker J., 1986, *Integrating Formal and Informal Social Care: A Conceptual Framework*, «British Journal of Social Work», n. 16, pp. 39-62.

