Modelli regionali di politiche per anziani non autosufficienti: stime della relazione domanda-offerta

Fra le Regioni italiane esiste una significativa variabilità nell'offerta di servizi e prestazioni per gli anziani non autosufficienti. Nell'analisi proposta in questo articolo, i modelli regionali sono stati messi a fuoco ponendo in relazione l'offerta con la domanda potenziale rappresentata dalla popolazione anziana non autonoma e che presenta problemi di limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane.

Di Luigi Nava *(ricercatore sociale)*, Gisella Accolla *(Data Analyst e Amministratrice presso Prisma-Stat srl)*

Il tentativo di rintracciare delle ricorrenze/divergenze nelle modalità e nell'intensità dell'offerta dei sistemi di welfare, tanto a livello nazionale quanto a livello locale, è un "classico" della ricerca sulle politiche pubbliche. Lo scopo di queste analisi è di norma quello di rilevare i diversi stili di intervento ed erogazione dei servizi (es. assetti di *governance*, pubblico vs privato, etc.), quantificare/comparare i diversi risultati raggiunti (es. quante persone beneficiano dei servizi, quante migliorano la propria condizione, etc.), identificare i fattori delle eventuali eterogeneità riscontrate (es. l'assetto istituzionale e/o le dinamiche prettamente politiche).

In Italia, soprattutto a partire dai primi anni 2000 si è assistito allo sviluppo di analisi orientate a cogliere le "tipicità" delle politiche locali e regionali con particolare riferimento a quei settori di intervento coinvolti dal trasferimento dei poteri avvenuto da parte dello Stato a favore delle Regioni dagli anni Settanta in poi. Sono stati ad esempio analizzati i processi di *governance* delle politiche nell'ambito dei nascenti Piani di Zona e identificati alcuni modelli di welfare regionali con attenzione anche alle politiche per gli anziani non autosufficienti. A tal proposito si è parlato di "universalismo debole" (Pavolini, 2004), "specchio frantumato" (Fargion, 2012) e "Italia del patchwork" (Costa, 2013) sintetizzando, in modo suggestivo ed efficace, le caratteristiche e le conseguenze dell'eterogeneità del welfare territoriale.

I modelli di welfare regionale per anziani non autosufficienti

Una delle analisi più continuative nel tempo, dedicata a rilevare le divergenze tra le regioni, è svolta dal Network Non Autosufficienza. Considerando gli indicatori di copertura – numero di persone raggiunte dall'intervento rispetto al totale delle persone over65 – delle principali misure di natura pubblica [1], sono stati individuati gruppi di regioni con analogo livello di offerta a sostegno delle persone anziane non autosufficienti [2] (Tabella 1).

	2011	2012	2013	2014*
Medicina Onco	95	163	144	55
RGG Onco	67	178	168	61
D-H/MAC**	23	344	454	151

Tabella 1 – Modelli regionali di assistenza continuativa per anziani non autosufficienti

Nel valutare il rendimento delle Regioni nell'ambito delle politiche per la non autosufficienza è però possibile **considerare l'offerta di servizi e prestazioni ponendola in relazione a una definizione della domanda più specifica rispetto alla generica età maggiore di 65 anni: la numerosità delle persone con limitazioni funzionali stimata dall'Istat oppure beneficiarie dell'indennità di accompagnamento quale proxy della condizione di bisogno** (Pavolini, 2004). Facendo leva su questo approccio è stata svolta l'analisi presentata di seguito [3].

Il metodo, la fonte dei dati e gli indicatori

L'analisi dei modelli di domanda e di offerta che caratterizzano le regioni italiane è stata eseguita grazie a dati statistici di fonte ufficiale.

Per quanto riguarda la **potenziale domanda di servizi**, l'indagine Europea sulla salute (*European Health Interview Survey – EHIS*), svolta in Italia dall'Istat e coordinata a livello europeo da Eurostat, è attualmente la fonte più idonea per quantificare la popolazione anziana non autonoma e che presenta problemi di limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane.

La potenziale domanda di servizi è stata quantificata tramite due diverse stime sulla base dell'indagine relativa al 2019,

l'ultima disponibile al momento di stesura di questo contributo:

- **individui anziani con limitazioni funzionali**. Si tratta di un approccio adottato nel 2013 da Istat per accogliere la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui "la disabilità non è più considerata una condizione della persona, ma il risultato negativo dell'interazione tra singolo individuo e l'ambiente". Non si parla più quindi di disabilità ma di persone con limitazioni funzionali classificabili secondo il livello di confinamento, la difficoltà nel movimento, nelle funzioni della vita quotidiana e nella comunicazione (Istat, 2014);
- **individui anziani non autonomi**, che consente l'individuazione di un target più specifico; è oggetto di analisi la "non autosufficienza" degli individui e non la generale presenza di limitazioni in ambiti che non necessariamente compromettono il grado di autosufficienza della persona, come ad esempio le difficoltà della comunicazione. Attraverso la lista delle ADL (*activities of daily living*), sono identificati gli anziani che presentano aspetti di non autonomia nello svolgimento di tutte o parte delle seguenti attività quotidiane: mangiare, sdraiarsi e alzarsi dal letto o da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici, fare il bagno o la doccia. Per ognuna delle attività quotidiane considerate (ADL), e per ogni individuo anziano, sono stati assegnati i seguenti punteggi in termini di livello di autosufficienza: 0 in caso di "svolgimento dell'attività senza difficoltà", 1 in caso di "svolgimento con qualche difficoltà" e 2 in caso di "svolgimento con molte difficolta o se non è in grado senza l'aiuto di qualcuno". Per ciascun individuo è stato stimato il livello generale di autosufficienza come sintesi dei livelli registrati nelle singole 5 ADL tramite un indice sintetico utile a individuare gli anziani non autonomi [4].

Per quanto riguarda le informazioni statistiche relative all'**offerta**, si è fatto riferimento alla quantificazione dei beneficiari delle politiche o dei servizi afferenti a tre aree di intervento: quella relative ai trasferimenti monetari, quella dei servizi residenziali e quella dei servizi domiciliari.

Gli indicatori della domanda [5] e dell'offerta [6] vengono di seguito riportati prima in termini assoluti e poi relativi. I valori assoluti consentono la stima del numero di potenziali individui in condizione di bisogno e la quantificazione dei beneficiari effettivi delle politiche. Gli indicatori espressi in forma relativa esprimono il rapporto in percentuale fra i valori assoluti (di domanda o di offerta) e il totale della popolazione residente nel territorio di riferimento, neutralizzando le differenze di dimensione presenti fra le regioni così da consentire la diretta comparazione.

In aggiunta a questi indicatori relativi sono state considerate altre due differenti misure del grado di copertura della domanda da parte dell'offerta, calcolate come rapporto percentuale fra il totale dell'offerta (somma dei valori assoluti dei vari beneficiari) e il numero di anziani secondo l'approccio delle limitazioni funzionali o della non autonomia. Bisogna sottolineare, tuttavia, che l'utilizzo del totale dell'offerta nel calcolo della copertura della domanda implica che possano essere conteggiati più volte gli stessi individui nel caso in cui siano contemporaneamente beneficiari di più interventi; tale limite, ad oggi non superabile, porta inevitabilmente ad una sovrastima dei beneficiari e quindi in parte spiega i casi in cui l'offerta superi la domanda.

Applicando la *cluster analysis* [7], così da rintracciare gruppi omogenei al loro interno, è stato possibile individuare le similitudini presenti fra le Regioni italiane non solo in relazione al livello della domanda e della *performance* (copertura della domanda) ma anche rispetto all'entità dell'offerta.

L'analisi

Il primo aspetto da considerare leggendo i **valori assoluti** degli indicatori relativi alla domanda è la diversa numerosità delle persone intercettate tramite i due metodi prima descritti. In ragione di una più articolata definizione della condizione di fragilità, le persone con più di 65 anni con limitazioni (tabella 2, colonna a) superano i 2 milioni e 500 mila, più del doppio di quelle individuate grazie al metodo ADL, con il quale se ne contano circa 1 milione e 300 mila (colonna b). La tabella 2

riporta anche i dati riguardanti il sistema pubblico di offerta (nazionale e locale), rappresentato dal numero dei beneficiari dell’indennità di accompagnamento (Iacc), delle persone ricoverate presso i presidi sociosanitari (Presidi), degli utenti dell’assistenza domiciliare (SAD) e di quella integrata (ADI).

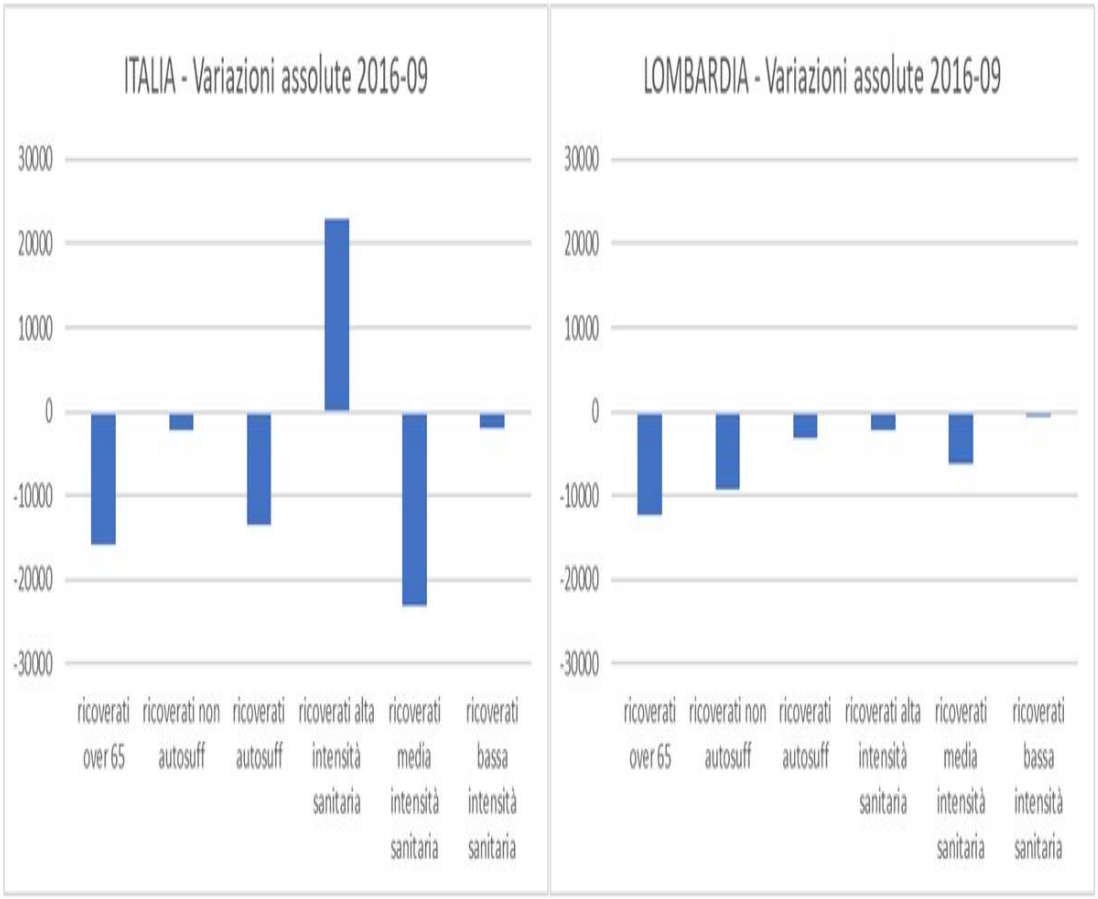
Regioni	Domanda		Offerta			
	Con limitazioni	Non autosuff.	Posti letto	Presidi	ADI	SAD
	a	b	c	d	e	f
Piemonte	158.716	77.606	192.969	30.256	45.456	12.994
Valle d'Aosta	5.472	2.302	2.516	933	188	1.065
Liguria	71.555	35.373	43.192	9.072	16.536	5.283
Lombardia	361.307	142.764	214.548	62.265	124.451	27.726
Provincia Autonoma di Trento	11.157	5.527	7.285	4.171	491	4.497
Provincia Autonoma Bolzano	15.071	9.180	8.892	4.740	7.319	2.584
Veneto	153.610	79.016	106.194	30.093	122.436	40.192
Friuli-Venezia Giulia	43.135	22.881	30.073	9.140	17.956	6.892
Emilia-Romagna	211.354	104.571	142.009	27.093	118.930	16.722
Toscana	148.927	92.060	97.715	12.574	107.948	12.019
Umbria	47.524	25.139	37.045	2.286	10.528	1.972
Marche	75.145	34.610	49.424	4.993	14.955	2.980
Lazio	215.660	110.826	148.317	7.844	53.536	11.406
Abruzzo	44.807	37.457	34.044	2.429	14.985	3.079
Molise	10.465	6.865	8.512	764	12.522	998
Campania	259.405	178.720	193.866	21.492	45.975	8.007
Puglia	184.412	120.266	137.156	6.141	34.920	7.792
Basilicata	21.866	14.499	14.485	1.118	6.749	1.086
Calabria	118.335	58.726	69.407	2.453	10.606	2.832
Sicilia	247.330	129.808	186.959	6.920	54.075	9.844
Sardegna	107.455	52.253	53.881	3.646	15.612	4.730
Italia	2.561.326	1.363.009	1.837.304	259.874	832.149	184.970

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

Tabella 2 – Domanda e offerta distinte per Regione (valori assoluti)

Passando alle **misure relative**, che consentono una più diretta **comparazione territoriale**, per ciascuna regione è stato calcolato il rapporto percentuale sul totale della popolazione residente, rispettivamente della domanda e dei beneficiari dell'offerta aggregati tra loro come illustrato nel precedente paragrafo. La figura 1 e la figura 2 rappresentano il risultato di questa operazione e mostrano come si collocano le regioni rispetto ai valori dell'offerta – sull'asse delle ascisse – e della domanda – sull'asse delle ordinate – stimati con i due metodi (per la figura 1 il numero di anziani secondo l'approccio delle limitazioni funzionali, per la figura 2 quello della non autonomia). In entrambi i grafici la linea obliqua rappresenta l'asse teorico di equilibrio tra l'offerta e la domanda (copertura del 100%); al di sotto di quest'asse ci sono i casi in cui l'offerta non è in grado di raggiungere la domanda mentre le regioni rappresentate sopra l'asse obliquo esprimono un livello di offerta superiore alla domanda. In generale emerge come, utilizzando la domanda stimata secondo l'ipotesi degli "anziani non autonomi" (figura 2), tutte le regioni presentino un'offerta superiore alla domanda, esito di un loro "slittamento" complessivo verso valori più bassi di domanda (rispetto alla figura 1) dovuto al fatto che nella stima della domanda è stata adoperata la definizione più "restrittiva" delle persone non autonome.

Nella figura 1 possiamo osservare alcuni raggruppamenti di regioni: il Molise e il Veneto esprimono il valore più alto di offerta cumulata e con una domanda tra le più basse mentre Toscana, Emilia Romagna e Umbria, fronteggiano una domanda più consistente con una minore intensità di offerta. Altre regioni si posizionano nel mezzo, con livelli intermedi di domanda e offerta, mentre in coda troviamo regioni con entità di offerta tale da non soddisfare la domanda (Sardegna e Calabria) anche quando è relativamente bassa (Provincia Autonoma di Trento).



Fonte: elaborazione da I.Stat online database (marzo 2020)

Figura 1 – Domanda (65+ con limitazioni) e offerta (valori percentuali sui residenti)

Comparando la figura 1 con la figura 2, è possibile individuare le regioni per le quali la traslazione della domanda che avviene passando da un'ipotesi di stima all'altra è più marcata; in particolare si tratta della Liguria e dell'Umbria, prima in situazioni molto prossime all'equilibrio tra domanda e offerta, e Calabria e Sardegna, regioni per le quali la definizione di "non autonomia" ha portato ad una consistente contrazione nella stima della domanda.

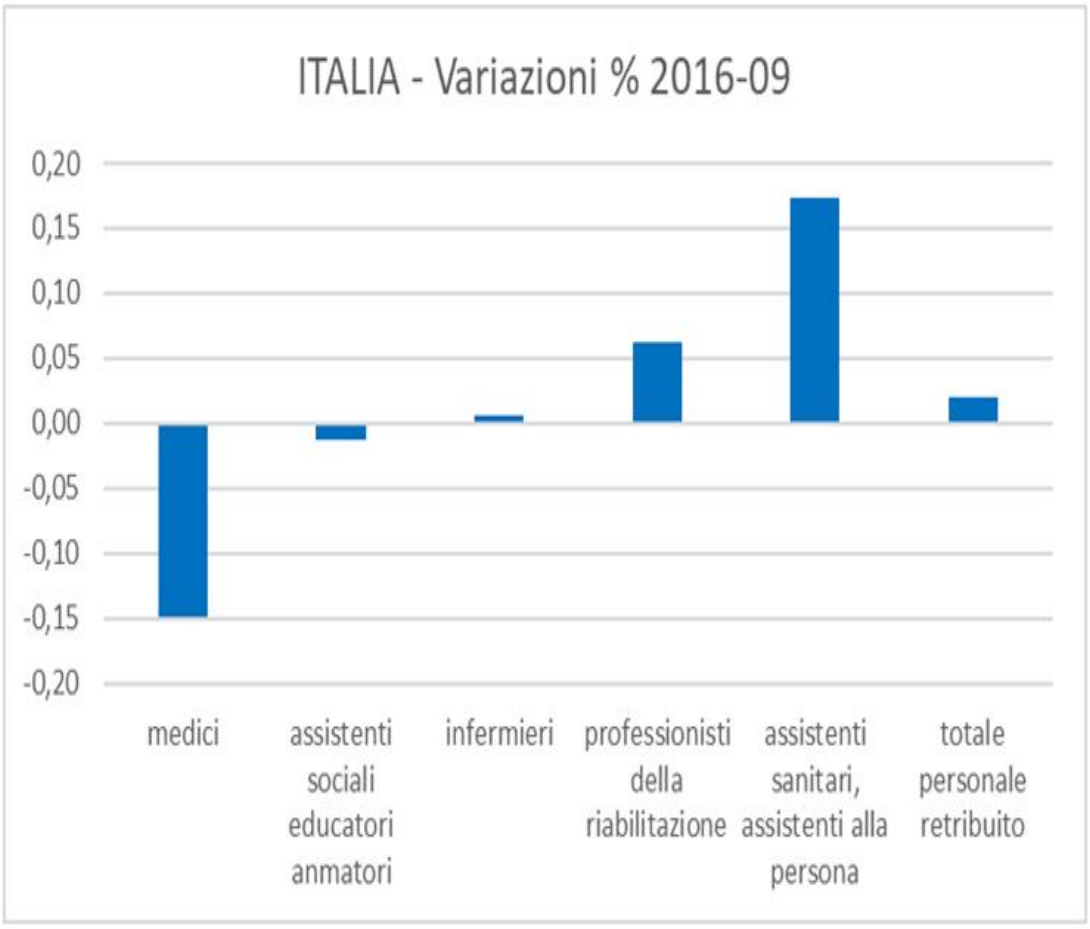


Figura 2 – Domanda (65+ non autonomi) e offerta (valori percentuali sui residenti)

La tabella 3 riporta per ogni regione il rapporto percentuale tra il totale dei beneficiari e la domanda individuata tramite i due metodi (anziani con limitazioni e anziani autonomi): valori più alti di 100 rappresentano il superamento della domanda da parte dell'offerta mentre valori inferiori a 100 indicano che l'offerta non è in grado di compensare la domanda.

Considerando i rapporti tra offerta e domanda calcolata con il **metodo delle limitazioni funzionali,** è possibile identificare tre gruppi di regioni:

- **Gruppo 1, nel quale l'offerta supera la domanda**: Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania;
- **Gruppo 2, dove la domanda supera l'offerta**: Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige, Lazio, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna;
- **Gruppo 3, dove l'offerta oscilla intorno al +/- 5% della domanda**: Liguria.

Questa lettura dei dati suggerisce **l'eterogeneità territoriale nella capacità – in termini quantitativi – di risposta alla domanda**, tuttavia non fornisce informazioni sulle caratteristiche dell'offerta e sulla presenza di modelli di intervento comuni a più regioni all'interno di un contesto nazionale che come sappiamo si caratterizza per l'assenza di un disegno unitario e armonico nell'assistenza agli anziani non più autosufficienti.

Regioni	Hp Con limitazioni (c+d+e+f)/a	Hp Non autonomi (c+d+e+f)/b
Piemonte	115	236
Valle d'Aosta	87	180
Liguria	99	241
Lombardia	119	301
Trentino Alto Adige	73	181
Veneto	149	398
Friuli-Venezia Giulia	194	378
Emilia-Romagna	149	280
Toscana	118	239
Umbria	130	239
Marche	108	222
Lazio	94	140
Abruzzo	113	204
Molise	87	155
Campania	214	334
Puglia	90	120
Basilicata	93	171
Calabria	88	161
Sicilia	72	145
Sardegna	84	135
Italia	**74**	**151**

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

Tabella 3 – Domanda (65+ con limitazioni e 65+ non autonomi) e offerta (valori percentuali sui residenti)

Attraverso la *cluster analysis* è stato possibile individuare raggruppamenti omogenei di regioni per intensità della domanda, per entità e caratteristiche degli interventi. Complessivamente (tabella 4) si può osservare che per la metà dei *cluster* (1, 2 e 3) la copertura della domanda – facendo leva sulla stima delle persone con limitazioni – non è mai raggiunta. Nel dettaglio è possibile individuare 4 modelli:

- **cash-for-care, caratterizzato dal prevalente ricorso all'indennità di accompagnamento e dallo scarso uso dei servizi territoriali e residenziali** (Cluster 1 e 2). Questi cluster (insieme al terzo) sono gli unici nei quali l'offerta supera la domanda solo nel caso in cui si faccia ricorso alla definizione di "non autonomia": sono quindi cluster con una debole capacità di soddisfare la domanda. Le differenze tra i due cluster riguardano sostanzialmente il diverso peso dell'indennità di accompagnamento che, nel secondo, copre circa tre quarti dell'offerta. Questo risultato è in parziale continuità con precedenti analisi (Chiatti *et al.*, 2010) nelle quali sotto alla medesima etichetta qui utilizzata erano inserite Abruzzo, Campania, Umbria, Calabria e Sardegna, regioni caratterizzate per la più alta incidenza

dell'indennità di accompagnamento in Italia, per lo scarso sviluppo della rete residenziale e per la media diffusione di SAD e ADI;

- **della residenzialità avanzata, con domanda meno intensa e copertura relativamente elevata** (Cluster 3 e 4); i due gruppi sono accomunati dalla maggiore intensità dei servizi residenziali e per la maggiore offerta di servizi comunali; differiscono tra loro per la diversa capacità di copertura della domanda (inferiore per il Cluster 3) e soprattutto per il diverso investimento nell'ADI (superiore nel Cluster 3); anche questo risultato è in parziale continuità con precedenti analisi (Chiatti et al., 2010) poiché le regioni dei due cluster, ad eccezione del Veneto, erano incluse nel modello della "Residenzialità avanzata" (Chiatti *et al.*, 2010) caratterizzato, come in questo caso, dal consistente investimento nelle soluzioni assistenziali di natura residenziale, nell'offerta comunale dei servizi di sostegno socio-assistenziale, con pochi utenti in ADI e limitata incidenza dell'indennità di accompagnamento;
- **con offerta bilanciata**: rispetto ad altri gruppi non è infatti possibile rintracciare – ad eccezione dell'indennità di accompagnamento, predominante comunque in tutti i cluster – un elemento del sistema di offerta più intenso rispetto ad altri (Cluster 5). A fronteggiare una domanda di media intensità l'offerta non si caratterizza per la preponderanza di un tipo di servizio o prestazione. Sono confluite in questo gruppo regioni classificate a media o elevata intensità assistenziale e con orientamenti diversi, verso la residenzialità o verso il *cash-for-care* (Chiatti *et al.*, 2010);
- l'unica regione che appartiene a questo cluster (Cluster 5), in passato classificata a bassa intensità assistenziale (Chiatti *et al.*, 2010), ha visto nel corso del tempo cambiare radicalmente l'intensità dell'offerta ora **ad alta intensità di Assistenza domiciliare integrata** a fronte di una domanda contenuta.

Cluster 1: Abruzzo, Lazio, Molise, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto		
Ricoverato con infezioni	49	[37-61]
Ricoverato con sintomi	28	[21-35]
Variazioni sierologiche positive	29	[24-35]
Positivi	32	[27-38]
IgG	13	[08-18]
IgM	11	[07-16]
Totale attivi	43	[36-49]
Contatti in isolamento con infezioni	183	[157-210]
Contatti in isolamento con sintomi	1553	[1332-1784]
Cluster 2: Emilia-Romagna, Lombardia, Sardegna		
Ricoverato con infezioni	41	[34-49]
Ricoverato con sintomi	30	[24-37]
Variazioni sierologiche positive	37	[32-43]
Positivi	32	[27-38]
IgG	19	[14-25]
IgM	32	[27-38]
Totale attivi	51	[44-58]
Contatti in isolamento con infezioni	1467	[1274-1673]
Contatti in isolamento con sintomi	1224	[1049-1412]
Cluster 3: Emilia-Romagna, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento		
Ricoverato con infezioni	37	[31-45]
Ricoverato con sintomi	17	[12-23]
Variazioni sierologiche positive	12	[09-16]
Positivi	28	[23-34]
IgG	11	[07-16]
IgM	19	[15-24]
Totale attivi	30	[24-36]
Contatti in isolamento con infezioni	783	[672-904]
Contatti in isolamento con sintomi	1067	[917-1219]
Cluster 4: Marche, Puglia, Provincia Autonoma Bolzano, Veneto		
Ricoverato con infezioni	39	[31-48]
Ricoverato con sintomi	14	[11-19]
Variazioni sierologiche positive	17	[13-22]
Positivi	28	[23-34]
IgG	17	[13-23]
IgM	17	[13-23]
Totale attivi	32	[26-38]
Contatti in isolamento con infezioni	712	[609-819]
Contatti in isolamento con sintomi	1060	[909-1218]
Cluster 5: Abruzzo, Liguria, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Toscana		
Ricoverato con infezioni	41	[34-49]
Ricoverato con sintomi	20	[14-27]
Variazioni sierologiche positive	23	[17-31]
Positivi	36	[29-43]
IgG	17	[11-25]
IgM	34	[27-41]
Totale attivi	53	[45-61]
Contatti in isolamento con infezioni	1017	[858-1187]
Contatti in isolamento con sintomi	1529	[1301-1769]
Cluster 6: Molise		
Ricoverato con infezioni	35	[25-47]
Ricoverato con sintomi	22	[15-32]
Variazioni sierologiche positive	28	[19-39]
Positivi	32	[23-43]
IgG	41	[31-51]
IgM	30	[22-40]
Totale attivi	74	[64-84]
Contatti in isolamento con infezioni	1017	[830-1220]
Contatti in isolamento con sintomi	1526	[1245-1831]

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 4 – Modelli regionali di assistenza per anziani non autosufficienti

Conclusioni

L'analisi ha permesso di intercettare 6 diversi Cluster di cui 2 due coinvolgono la maggior parte delle regioni: il Cluster 1, modello caratterizzato **dalla prevalenza delle prestazioni monetarie e dalla difficoltà di copertura della domanda**, e il Cluster 5 dove **l'offerta delle altre prestazioni è maggiore e compensa il minor ricorso all'indennità di accompagnamento**. La composizione di alcuni gruppi è in parte analoga a quella rilevata nell'ambito delle prime attività di analisi e monitoraggio degli interventi a cura del Network Non Autosufficienza (Chiatti *et al.*, 2010); questo sembra suggerire che la struttura di alcuni modelli di politiche regionali per la non autosufficienza, rilevati anche con differenti metodi di analisi e a distanza di tempo, sia abbastanza consolidata.

Rimangono fuori dal perimetro di interesse di questo contributo questioni e temi rilevanti che sarebbero meritevoli di approfondimento per comprendere quali sono state le dinamiche – anche di natura politica – che hanno condotto tanto all'eterogeneità territoriale quanto alle similitudini tra regioni e/o per sviluppare ulteriori simulazioni.
In merito a quest'ultimo fronte di lavoro, ulteriori analisi potrebbero essere svolte considerando anche l'azione privata – es. la spesa delle famiglie per prestazioni sanitarie, le relazioni di mutuo aiuto, l'azione volontaria e di cura – elemento incluso in analisi più ad ampio raggio sui modelli di welfare regionale (Bertin, 2012; Bertin e Cipolla, 2013). In questa direzione l'analisi potrebbe essere rivolta a comprendere le relazioni, di complementarietà e compensazione, tra l'intervento dell'azione privata e l'assetto delle politiche pubbliche.

Infine, ma ancora in questa prospettiva di lavoro, uno **sguardo deve essere rivolto necessariamente al futuro delle politiche pubbliche**. Come noto, l'assistenza agli anziani non autosufficienti non prevede un disegno unitario e armonico ed è suddivisa in tre filiere istituzionali tra loro poco coordinate: i trasferimenti monetari dell'Inps, le politiche sanitarie e quelle sociali. La stagione che ci si apre davanti a seguito della pandemia può rappresentare un momento di discontinuità rispetto al passato, eventualmente anche grazie alla definizione di un nuovo sistema nazionale di assistenza per gli anziani. In questa fase, oltre alle analisi finalizzate a identificare il consolidarsi dei modelli regionali di welfare, un impegno consistente potrà essere rivolto a monitorare quanto progressivamente, nelle diverse regioni, verrà messo in campo per fronteggiare gli inevitabili problemi derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dalle diffuse criticità di questo ambito di policy.

BIBLIOGRAFIA

Bertin G. (2012), *Il welfare regionale in Italia*, Edizioni Cà Foscari.

Bertin G., Cipolla C. (a cura di) (2013), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Edizioni Ca' Foscari.

Chiatti C., Barbabella F., Lamura G., Gori C. (2010), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 2° Rapporto*, Maggioli Editore, pp. 13-39.

Costa G. (2013), *L'Italia del patchwork: le politiche regionali per gli anziani*, in Kazepov Y., Barberis E. (a cura di), *Il welfare frammentato. Le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*, Carocci.

Fargion V. (2012), *Le politiche per la non-autosufficienza*, in Fargion V., Gualmini E. (a cura di), *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi*, il Mulino.

ISTAT (2014), Nota metodologica, Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013.

Pavolini E. (2004), *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci.