



Rapporto di ricerca

**LA POPOLAZIONE ANZIANA
E LA RETE DEI SERVIZI
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
NELLA PROVINCIA DI MODENA**

a cura di

MARILENA LORENZINI

Collana

Paper di ricerca della Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali

Modena, dicembre 2011

Avvertenza

- Il presente paper contiene un sintetico rapporto della ricerca condotta, nel corso dell'anno 2011, su *La popolazione anziana e la rete dei servizi per anziani non autosufficienti nella provincia di Modena*.
- È prevista la pubblicazione *on-line* del paper sul sito della Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali www.fondazionegorrieri.it, sezione Pubblicazioni – Pubblicazioni on-line, ove può essere consultato e liberamente scaricato.
- La ricerca e la redazione del rapporto sono state curate da Marilena Lorenzini, collaboratrice della Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali.
- *La ricerca è stata resa possibile grazie al contributo di UNICREDIT FOUNDATION.*

INDICE

Presentazione del rapporto

Obiettivi e sviluppo della ricerca

1. Profili demografici degli anziani nella provincia di Modena
 - 1.1. *Popolazione anziana e speranza di vita*
 - 1.2. *Indice di vecchiaia e indice di dipendenza degli anziani*

2. I servizi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti
 - 2.1. *Domanda e offerta in un modello di welfare mix*

3. Il sistema dei servizi per gli anziani nella provincia di Modena
 - 3.1. *Modalità di funzionamento: autorizzazione e convenzionamento*
 - 3.2. *La rete dei servizi socio sanitari integrati nella provincia di Modena*
 - 3.3. *Il tasso di copertura*

4. La spesa sociale delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti
 - 4.1. *La spesa sociale integrata: aspetti metodologici*
 - 4.2. *Alcuni indicatori di spesa pro-capite*

5. Principali risultati della ricerca

OBIETTIVI E SVILUPPO DELLA RICERCA

Cambiamenti di carattere economico, sociale, culturale e politico stanno portando a importanti trasformazioni anche nella struttura della popolazione. Gli andamenti demografici così influenzati e determinati, insieme al perdurare della crisi economica che stiamo vivendo, evidenziano la necessità di avere sempre maggiori conoscenze del territorio per fare scelte consapevoli di *policy*, soprattutto in campo socio-economico, e individuare le giuste e necessarie priorità in un sistema sempre più federalista.

Alla base del dibattito dei *policy maker* si scontrano, da un lato, le necessità derivanti dal sempre crescente fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e del relativo aumento dei bisogni di cura di individui ormai non più capaci di avvalersi esclusivamente delle proprie forze nello svolgere le abituali attività quotidiane; dall'altro, l'ingente contrazione delle risorse finanziarie pubbliche destinate al *welfare*.

L'analisi che qui si presenta – nella forma di sintetico rapporto della ricerca realizzata – tenta di dare una visione, il più possibile completa, del sistema dei servizi per gli anziani nella provincia di Modena, evidenziandone le criticità, in un confronto *interdistrettuale*.

Il rapporto è articolato in cinque sezioni; in ciascuna verrà indagata sia la dimensione provinciale che la dimensione distrettuale.

Nella prima sezione, dopo una “fotografia” della popolazione anziana della provincia, definita per dimensione, composizione e struttura, vengono fornite stime sul processo di invecchiamento demografico.

La seconda sezione si concentra sul contesto nel quale ci si sta muovendo, riportando un modello domanda-offerta in un sistema sociale in cui sussistono sia operatori privati che operatori pubblici.

Com'è noto, l'obiettivo dei sistemi di *welfare* mira al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, che può avvenire attraverso differenti tipologie di servizi offerti. Purtroppo esistono ancora molteplici criticità nella definizione puntuale dei livelli di domanda e di offerta, sia a causa delle complesse relazioni che sussistono tra attori pubblici e attori privati, sia per la presenza del lavoro di cura familiare svolto direttamente dai componenti della famiglia dell'anziano o ricorrendo al sempre più diffuso fenomeno del badantato. Innegabile che un'analisi accurata della rete dei servizi agli anziani non può prescindere dal rilevante ruolo familiare, a noi ben presente, ma l'analisi che segue non è in grado

di affrontare le problematiche relative alla domanda di servizi che rimane inespressa perché soddisfatta nell'ambito di reti informali e per la quale non esistono dati attendibili e completi.

Per questi motivi, la terza e la quarta sezione pongono l'attenzione sul ruolo del settore pubblico, analizzando la rete dei servizi destinati agli anziani non autosufficienti e l'offerta interdistrettuale di strutture residenziali in termini di risorse utilizzate.

Infine, nella quinta sezione, vengono riportati alcuni dei principali risultati che scaturiscono dall'analisi condotta.

SEZIONE PRIMA

PROFILI DEMOGRAFICI DEGLI ANZIANI NELLA PROVINCIA DI MODENA

Di quanti anziani la società modenese si sta facendo carico e di quanti di essi dovrà occuparsi nel prossimo futuro? La domanda è ambiziosa e la risposta presenta non pochi elementi di problematicità.

La dimensione quantitativa dell'invecchiamento demografico non può essere precisamente determinata. Nondimeno esistono importanti elementi riguardanti la struttura della popolazione che sicuramente possono aiutare nella definizione del fenomeno nel tempo.

L'oggetto dell'analisi è la parte di popolazione che viene convenzionalmente definita anziana. Sebbene la maggior parte delle persone invecchi in buona salute, il rischio di dipendenza aumenta con l'avanzare dell'età e, anzi, risulta essere particolarmente elevato tra i 75 e gli 80 anni. Così, anche se nella maggior parte dei casi chi viene definito anziano ha uno stile di vita e una condizione di salute che permettono di far rientrare questi soggetti nella classe di popolazione adulta, qui seguiremo le classificazioni convenzionali e oltre a considerare, da un lato, la popolazione ultra sessantacinquenne, andremo a focalizzare l'attenzione anche sulla popolazione ultra ottantenne, con lo scopo di determinare in che misura la provincia di Modena risente del fenomeno dell'invecchiamento demografico. Quando possibile verrà fatto un confronto con quanto avviene a livello regionale e nazionale.

1.1. Popolazione anziana e speranza di vita

Secondo quanto stimato dall'Istat, la percentuale di abitanti di età superiore o uguale a 65 anni, nel 2010, nella provincia di Modena ha raggiunto il 20,8%. Fra 40 anni è previsto arriverà al 30,5%, leggermente al di sotto del valore stimato per la Regione, 31,3%, e per l'Italia, 33,0% (tabella 1.1).

Importante sarà l'incremento del peso della popolazione ultra ottantenne sul totale della popolazione provinciale. Nel 2050, 12 persone su 100 avranno un'età uguale o superiore agli ottant'anni, con un incremento rispetto al 2010 di 5,8 punti percentuali, e una speranza di vita di quasi 85 anni per gli uomini e 90 per le donne contro gli 82,1 anni per gli uomini e gli 87,5 anni per le donne nel 2010.

Proseguendo l'analisi per i sette distretti che compongono la provincia, emergono principalmente differenze nella distribuzione della popolazione tra i territori (tabella 1.2, colonna 2) dove Modena, capoluogo, assorbe più di 1/4 della popolazione provinciale e il distretto di Pavullo non raggiunge il 6%.

TABELLA 1.1 *Percentuale di popolazione anziana e speranza di vita alla nascita, 2010, 2030 (previsioni), 2050 (previsioni)*

Anno di riferimento	Percentuale di popolazione anziana per coorte					
	Modena		Emilia Romagna		Italia	
	>65 anni	>80 anni	>65 anni	>80 anni	>65 anni	>80 anni
2010	20,8	6,4	22,6	7,1	20,3	5,8
2030	24,8	8,3	25,8	8,9	26,5	8,8
2050	30,5	12,2	31,3	12,7	33,0	13,5

Anno di riferimento	Speranza di vita alla nascita					
	Modena		Emilia Romagna		Italia	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
2010	82,1	87,5	80,7	86,1	79,1	84,6
2030	82,4	87,7	80,9	86,4	79,4	84,9
2050	84,7	89,7	84,7	89,7	84,5	89,5

Fonte: DemoIstat – Previsioni della popolazione 2007-2051.

TABELLA 1.2 *Struttura della popolazione per distretto e percentuale di popolazione anziana, 2011*

Distretto	Pop totale	Composizione della popolazione tra distretti	Popolazione > 65 anni			Popolazione > 80 anni		
			v.a.	%	Variaz % dal 1990	v.a.	%	Variaz % dal 1990
Carpi	104.436	14,9	21.328	20,4	3,9	6.289	6,0	2,6
Mirandola	87.523	12,5	18.313	20,9	2,3	5.943	6,8	2,8
Modena	184.663	26,3	41.362	22,4	6,0	13.298	7,2	4,2
Sassuolo	119.667	17,1	22.663	18,9	5,5	6.616	5,5	2,9
Pavullo	41.471	5,9	9.753	23,5	0,0	3.616	8,7	3,0
Vignola	89.303	12,7	18.364	20,6	2,4	5.801	6,5	2,7
Cfranco E.	73.851	10,5	13.206	17,9	0,7	4.066	5,5	1,9
Provincia	700.914	100	144.989	20,7	3,8	45.629	6,5	3,1

Fonte: Osservatorio demografico on-line della Provincia di Modena.

Anche le percentuali di anziani sul totale della popolazione residente variano molto tra loro (tabella 1.2, colonne 3 e 4 per la popolazione ultra sessantacinquenne e colonne 6 e 7 per la popolazione ultra ottantenne). Sassuolo risulta essere il distretto più *giovane* e Pavullo il più *vecchio*. Modena (6,0%) e Sassuolo (5,5%) hanno visto il più cospicuo aumento di ultra sessantacinquenni negli ultimi vent'anni (tabella 1.2, colonna 5) e, insieme a Pavullo – distretto montano che mantiene tra il 1990 e il 2011 una percentuale pressoché costante di residenti anziani, 23,5% – il più oneroso aumento di ultra ottantenni.

In generale, la popolazione modenese risulta (e previsionalmente rimarrà) più *giovane* sia rispetto alla popolazione nazionale che a quella regionale ma con

differenze a livello distrettuale rispetto alla dimensione e alla struttura della popolazione stessa.

1.2. Indice di vecchiaia e indice di dipendenza degli anziani

Due indicatori demografici di struttura, utili per l'analisi del carico della popolazione anziana sul totale della popolazione, sono l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza degli anziani.

Il primo, meno preciso, misura la percentuale di popolazione residente con età uguale o superiore a 65 anni sulla popolazione più giovane, 0-14 anni. Il secondo, costruito sul rapporto tra la popolazione non attiva (maggiore di 65 anni) e la popolazione potenzialmente attiva (compresa tra i 15 e i 64 anni), svela il carico del numeratore sul denominatore: maggiore risulta l'indice di dipendenza degli anziani, maggiore sarà il rischio di dover affrontare una situazione insostenibile, nel lungo periodo, a livello sociale ed economico.

Nella provincia di Modena gli anziani sono il 46% in più dei giovani (tabella 1.3), valore che rispecchia la media nazionale ma di molto inferiore a quello registrato per la Regione (67,5%). I risultati così ottenuti dall'indice di vecchiaia vengono confermati dall'indice di dipendenza anziani: la popolazione in età attiva deve far fronte alle proprie necessità e, per il 31,8%, alle esigenze delle persone anziane, ormai inattive.

Il confronto tra distretti mostra, anche in questo caso, una marcata varianza. Infatti, per il distretto di Pavullo si registra un indice di vecchiaia pari a 180,4 contro 113,5 di Castelfranco. Questo significa che, mentre a Pavullo gli anziani ultra sessantacinquenni sono l'80,4% in più dei giovani 0-14 anni, a Castelfranco il dato si riduce al 13,5%. Differenze rafforzate dall'indice di dipendenza, che per Pavullo supera la media provinciale di 5,3 punti percentuali e per Castelfranco la distacca in difetto di 4,9 punti percentuali.

Pare chiaro che ci stiamo muovendo su un territorio caratterizzato da una spiccata eterogeneità tra distretti, sia a livello di dimensioni (composizione della popolazione) che a livello strutturale (indice di vecchiaia e indice di dipendenza). Tali difformità sono da riportare sicuramente a particolarità territoriali ma anche ad una connessione di fattori riconducibili a vicende storiche ed economiche.

TABELLA. 1.3. *Indice di vecchiaia e indice di dipendenza anziani per distretto, 2011*

Distretto	Popolazione 0-14 anni	Popolazione 15-64 anni	Popolazione >65 anni	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani
Carpi	15.051	68.057	21.328	141,7	31,3
Mirandola	12.484	56.726	18.313	146,7	32,3
Modena	24.585	118.716	41.362	168,2	34,8
Sassuolo	17.457	79.547	22.663	129,8	28,5
Pavullo	5.406	26.312	9.753	180,4	37,1
Vignola	12.787	58.152	18.364	143,6	31,6
CfrancoE.	11.633	49.012	13.206	113,5	26,9
Provincia	99.403	456.522	144.989	145,9	31,8
Emilia Romagna	588.677	2.824.897	985.820	167,5	34,9
Italia	8.476.127	39.679.473	12.312.428	145,3	31,0

Fonte: Osservatorio demografico on-line della Provincia di Modena, DemoIstat.

SEZIONE SECONDA

I SERVIZI PER L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

L'analisi sin qui svolta dà solo un'idea di quello che è il problema dell'invecchiamento della popolazione nella provincia di Modena perché, anche se anzianità e non autosufficienza non sono sinonimi, esiste un collegamento tra l'avanzare dell'età e la riduzione delle capacità funzionali che portano l'individuo a non poter più condurre autonomamente la propria esistenza. Per questo motivo, come già sottolineato nell'iniziale presentazione degli obiettivi del rapporto, il focus che anima il dibattito di politici e studiosi non è tanto il quantificare gli anziani presenti in una società, quanto il determinare il loro bisogno di cura per definire se le risorse sono impiegate in modo *efficace*, cioè sono in grado di soddisfare adeguatamente le richieste, ed *efficiente*, a parità di bisogno soddisfatto.

La diffusione della condizione di non autosufficienza tra le persone anziane ha registrato negli ultimi anni una evidente tendenza a ridursi (si vive meglio) ma questo andamento positivo non compensa il complessivo invecchiamento demografico della popolazione (si vive di più). Per questo, per il prossimo futuro, ci si attende comunque un complessivo aumento in termini assoluti della domanda assistenziale.

A tutto ciò vanno aggiunte le particolarità che i servizi destinati alla non autosufficienza devono possedere: *tempestività* e *personalizzazione*. *Tempestività*, in quanto il decorso della non autosufficienza richiede una risposta immediata alle instabili condizioni psico-fisiche del paziente; *personalizzazione* per i diversi stadi di gravità che l'anziano non autosufficiente incontra e per le caratteristiche sociali ed economiche della famiglia di appartenenza.

Fondamentale in questo quadro sono, oltre alle politiche nazionali e regionali adottate per fornire servizi adeguati alle esigenze di quei soggetti ormai incapaci di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana, l'analisi e il monitoraggio della spesa destinata all'assistenza stessa.

Molti sono gli studi e le ricerche indirizzati alla determinazione di indicatori capaci di misurare efficacia ed efficienza dell'attività pubblica nel settore ma nessuno di essi ha dato fin qui esiti particolarmente soddisfacenti.

Una delle ragioni principali sta nel modello sociale presente nel nostro paese, modello di *welfare mix*, caratterizzato da un insieme di relazioni attraverso le quali i bisogni possono essere soddisfatti mediante l'intervento pubblico ma anche per opera di produttori privati o, come accade in molti casi, ricorrendo all'aiuto di reti informali familiari.

Inoltre, quando parliamo di servizi di *welfare*, in generale, e di servizi di *long-term care* (assistenza continua), in particolare, ci riferiamo a servizi a domanda la cui produzione è attivata solo a seguito di una esplicita ed effettiva richiesta da parte del cittadino che dovrà pagare un corrispettivo: la tariffa. Viene da sé che l'intervento pubblico risulta particolarmente pressante sia per quello che riguarda l'organizzazione dell'offerta che per la definizione della tariffa che investe la domanda.

2.1. Domanda e offerta in un modello di welfare mix

Proprio a seguito delle intricate relazioni che sussistono tra area pubblica e area privata, non siamo in grado di dare una definizione univoca di domanda di servizi per l'assistenza agli anziani, ma possiamo delineare alcuni concetti fondamentali per costruire il quadro delle relazioni esistenti in un modello di *welfare mix*.

Il primo concetto sul quale concentrare l'attenzione è quello di domanda potenziale, intesa come l'insieme dei bisogni che nascono da una condizione di non autosufficienza. Nondimeno solo parte dei bisogni viene manifestata sul *mercato* (domanda espressa), pubblico (domanda espressa pubblica) o privato (domanda espressa privata). Della domanda espressa pubblica parte verrà soddisfatta e parte andrà a comporre le liste di attesa, pensiamo alle residenze protette o alle case di cura (figura 2.1, parte sinistra).

Il complemento alla domanda espressa è costituito dall'insieme di bisogni che rimangono non manifestati, almeno sul *mercato*: domanda inespressa. In questi casi è la famiglia, tramite lavoro gratuito dei membri della stessa, che provvede a fornire i servizi di cura necessari. Purtroppo non esistono dati attendibili e completi in questo campo, pur avendo osservato una tendente crescita di spesa privata per il *long-term care*, soprattutto a seguito degli interventi di contenimento della spesa pubblica degli ultimi anni.

Come anticipato, il ruolo dell'intervento pubblico nella fornitura di servizi di assistenza è molto rilevante, pur accompagnandosi ad una certa diversificazione nelle tipologie di servizi offerti.

I servizi per gli anziani non autosufficienti sono erogati da soggetti pubblici o da soggetti privati a seconda della titolarità del servizio; in modalità privata o in convenzione a seconda della gestione.

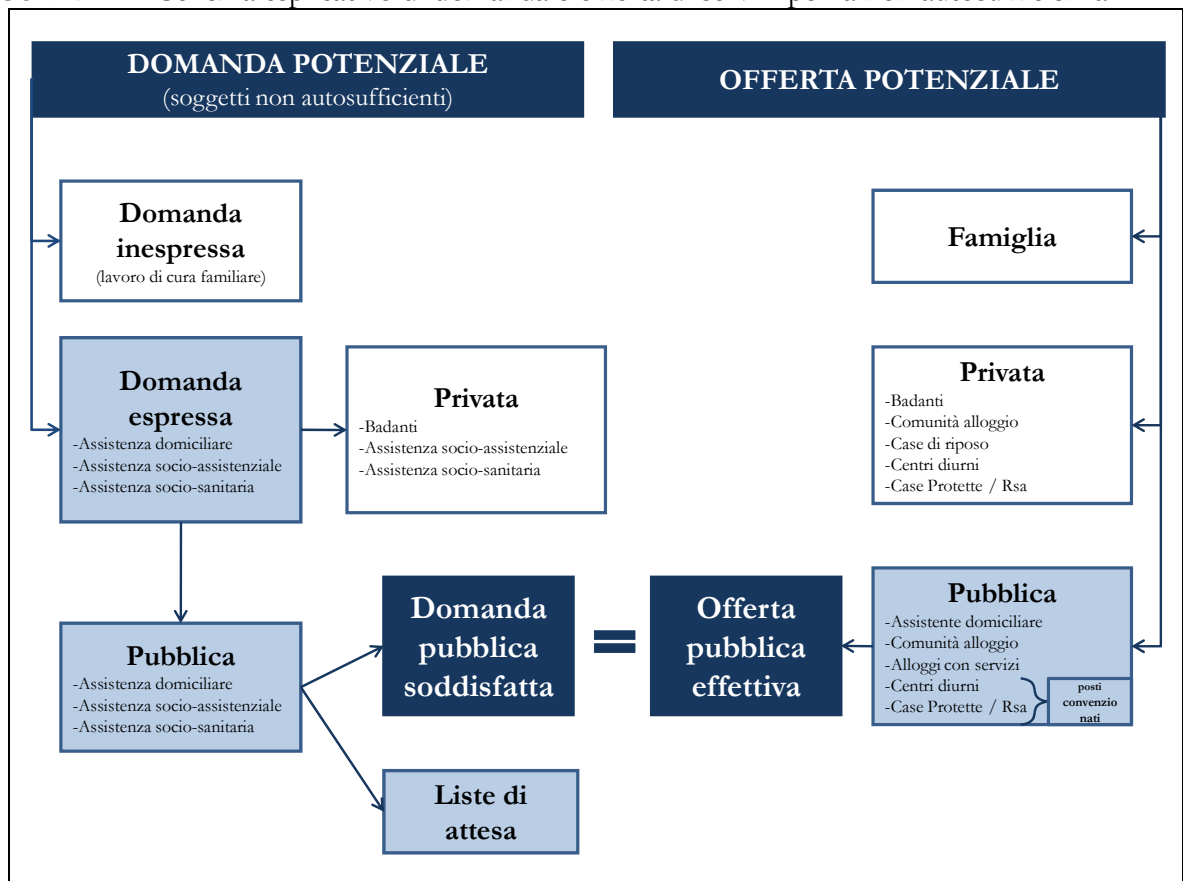
Dal lato del pubblico, il titolare può gestire direttamente la struttura (titolarità pubblica a gestione diretta) o può cedere la gestione, ad esempio, ad una cooperativa (titolarità pubblica a gestione esternalizzata). Nell'offerta a titolarità privata, invece, la gestione potrà essere interamente o parzialmente

convenzionata con l'Azienda Sanitaria, o non convenzionata, quindi totalmente privata. In ogni caso, nell'ottica della "concorrenza amministrata", in cui l'attore pubblico mantiene governo e indirizzo del sistema pur in presenza di elementi di competitività rappresentati dal settore privato, l'offerta privata è soggetta a criteri di regolamentazione – dall'autorizzazione al convenzionamento (vedi paragrafo successivo) – definiti dal settore pubblico.

L'offerta potenziale è quindi data da tutti quei soggetti in grado di fornire una prestazione destinata a soddisfare i bisogni che una situazione di non autosufficienza determina, siano essi privati, pubblici o membri della famiglia attraverso lavoro di cura non pagato (figura 2.1, parte destra).

L'insieme dei servizi effettivamente erogati a livello pubblico può essere definito come offerta pubblica effettiva, che equivale alla domanda pubblica soddisfatta (figura 2.1).

FIGURA 2.1 Schema esplicativo di domanda e offerta di servizi per la non autosufficienza



SEZIONE TERZA

IL SISTEMA DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI NELLA PROVINCIA DI MODENA

Dopo aver delineato il quadro generale che sussiste tra domanda e offerta di servizi di assistenza per gli anziani non autosufficienti e le relazioni tra famiglia, Stato e mercato¹; l'attenzione si concentrerà nel seguito della presente disamina sul ruolo del settore pubblico.

Si procede descrivendo le modalità di funzionamento del sistema di *welfare* per poi tracciare nel dettaglio le caratteristiche dei servizi socio-sanitari pubblici offerti nella provincia di Modena.

3.1. Modalità di funzionamento: autorizzazione e convenzionamento

L'autorizzazione è il requisito necessario affinché un soggetto, pubblico o privato, possa erogare servizi, aprire, ampliare o trasformare strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali. L'autorizzazione viene rilasciata, previa domanda da parte del legale rappresentante del soggetto gestore, dal Comune in cui ha sede il servizio o in cui la struttura è situata e in seguito al giudizio positivo rilasciato dalla Commissione di Vigilanza, nominata dal direttore dell'Azienda Sanitaria e composta da esperti tecnici, sociali e sanitari.

I requisiti e le procedure per l'autorizzazione al funzionamento sono definite con delibera di Giunta regionale. Inoltre, il documento “*deve obbligatoriamente indicare: il soggetto gestore, la tipologia di servizio o struttura, la denominazione e, per le strutture, l'ubicazione e la capacità ricettiva massima autorizzata*” (legge n. 2 del 2003, art. 35).

Secondo quanto stabilito poi dalla legge regionale n. 5 del 1993, art. 20, i soggetti facenti parte della rete dei servizi socio-sanitari integrati², nell'ambito delle linee della programmazione regionale e territoriale, mettono a disposizione direttamente o mediante convenzione prestazioni socio-assistenziali e sanitarie all'interno di ciascun servizio. La Delibera di Giunta regionale n. 1378 del 1999 specifica anche che “*i destinatari delle prestazioni sanitarie e a rilievo sanitario sono gli anziani non autosufficienti residenti nel territorio regionale*”, assistiti nei servizi e presidi facenti parte della rete socio-sanitaria.

Se tali servizi e presidi sono quindi gestiti da enti o soggetti diversi dall'Azienda Sanitaria, la stessa Ausl andrà a stipulare apposite convenzioni con i

¹ Per approfondimenti cfr. Bertoni *et al.* [2010, 15-24]

² Fanno parte della rete quei servizi che, attraverso programmi assistenziali personalizzati, rispondono ai bisogni dell'anziano: l'assistenza domiciliare integrata; il centro diurno, la casa protetta e la residenza sanitaria assistenziale (Rsa).

Comuni, nel caso di servizi di assistenza domiciliare, e con gli Enti gestori in generale, nel caso di strutture residenziali (case protette ed Rsa) o semiresidenziali (centri diurni), per la fornitura di prestazioni sanitarie e a rilievo sanitario.

Per tali interventi viene riconosciuto dall'Ausl un onere a rilievo sanitario che andrà a coprire il costo della prestazione sostenuto dal gestore. Tali somme variano a seconda del livello di gravità delle condizioni dell'anziano ospite della struttura stessa: più il grado di non autosufficienza è elevato maggiore sarà l'ammontare dell'onere a rilievo sanitario riconosciuto per la fornitura delle prestazioni necessarie.

3.2. La rete dei servizi socio sanitari integrati nella provincia di Modena

La Delibera di Giunta regionale n. 564 del 2000 definisce finalità e requisiti (strutturali, organizzativi e del personale) delle strutture che svolgono attività sanitarie e a rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali per anziani. Tali strutture possono essere classificate in strutture residenziali e strutture semiresidenziali.

Le strutture residenziali per anziani ospitano principalmente soggetti non autosufficienti che necessitano di prestazioni di carattere sanitario, assistenziale e alberghiero durante il corso dell'intera giornata, 24 ore. In base all'intensità dell'assistenza prestata (socio-assistenziale o socio-sanitaria) possono essere distinte in:

1. *Alloggi con servizi*: alloggi aggregati in un solo edificio dotato di una zona comune per servizi collettivi. Gli alloggi sono destinati ad anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti.
2. *Comunità alloggio*: struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni (può accogliere fino a 12 ospiti) destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve. La finalità delle Comunità alloggio è quella di fornire ospitalità ed assistenza, creando le condizioni per una vita comunitaria, parzialmente autogestita e che stimoli atteggiamenti solidaristici e di auto-aiuto.
3. *Casa di riposo, Casa Albergo o Albergo per anziani*: struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve. La Casa di riposo fornisce ospitalità e assistenza offrendo occasioni di vita comunitaria e disponibilità di servizi per l'aiuto nelle attività quotidiane; inoltre, offre la possibilità di partecipare ad attività occupazionali, ricreative e culturali, di mantenimento e di riabilitazione.
4. *Casa Protetta*: struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio e alto, che non necessitano di specifiche prestazioni

ospedaliera. Vista la gravità dei soggetti ospitati fornisce assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento e miglioramento dello stato di salute e di benessere dell'anziano.

5. *Rsa*: struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio e alto, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Si differenzia dalla Casa protetta per i requisiti di personale. Infatti, la Rsa accoglie anziani non autosufficienti con bisogni ad elevato ed intensivo grado sanitario (infermieristico o medico) correlati a intensivi bisogni assistenziali.

Le strutture semiresidenziali, o *centri diurni assistenziali* per anziani, invece, forniscono servizi di assistenza in regime diurno. Gli ospiti sono persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autonomia, ai quali non vengono garantiti solo interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria ma anche interventi di animazione e socializzazione.

Si ricorre a questa forma di assistenza quando permangono le condizioni per il mantenimento dell'anziano a domicilio offrendo però un servizio di sollievo ai familiari e fornendo nel contempo una tutela socio-sanitaria oltre alla possibilità di mantenere o potenziare abilità attinenti la sfera dell'autonomia, dell'identità, dell'orientamento spazio-temporale, della relazione interpersonale e della socializzazione dell'anziano stesso.

Nella provincia di Modena si contano complessivamente **117 presidi**: 58 tra case protette ed Rsa, 27 strutture residenziali socio-assistenziali e 32 centri diurni (tabella 3.1³). Il totale di posti autorizzati – sia in strutture pubbliche che in strutture private – ammonta a 3.861 (tabella 3.2).

Le strutture residenziali a carattere sanitario (Rsa e case protette) offrono il 75,5% del totale dei posti, il restante 24,5% si distribuisce equamente tra strutture residenziali socio assistenziali (case di riposo, comunità alloggio e alloggi con servizi⁴) e centri diurni assistenziali.

Nel confronto tra distretti, Modena detiene il 32,4% dei posti in strutture residenziali e semi-residenziali del totale provinciale; segue Vignola con il 16% e i distretti di Carpi e Mirandola, a nord, Sassuolo e Pavullo, a sud, con percentuali che variano dall'11,3% all'11,8%. Il restante 5,7% è detenuto da Castelfranco Emilia (tabella 3.2, colonne 7 e 8).

³ I dati si riferiscono al 31 dicembre 2007, unici a nostra disposizione.

⁴ Per questo gruppo, sono le case di riposo che detengono il maggior numero di posti, 7,9%.

TABELLA 3.1 *Numero presidi socio-assistenziali e socio-sanitari per anziani per distretto, 31 dicembre 2007*

Distretto	Strutture residenziali socio sanitarie		Strutture residenziali socio assistenziali			Strutture semi residenziali	Totale strutture
	Rsa	Casa protetta	Casa di riposo	Comunità alloggio	Alloggi con servizi	Centro diurno assistenziale	
Carpi	0	6	0	1	0	5	12
Mirandola	0	6	0	3	1	5	15
Modena	3	14	3	2	2	9	33
Sassuolo	2	6	1	1	1	4	15
Pavullo	2	8	2	1	0	4	17
Vignola	1	6	5	3	0	3	18
CfrancoE.	1	3	0	1	0	2	7
Provincia	9	49	11	12	4	32	117

Fonte: Bertoni *et al.* [2010]

TABELLA 3.2 *Posti autorizzati per tipologia di servizio e per distretto, 31 dicembre 2007 (valori assoluti)*

Distretto	Residenziali socio sanitarie		Residenziali socio assistenziali			Semi residenziali	Totale		
	Rsa	Casa protetta	Casa di riposo	Comunità alloggio	Alloggi con servizi	Centro diurno assistenziale	v.a.	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Carpi	0	337	0	7	0	91	435	11,3	
Mirandola	0	347	0	20	9	79	455	11,8	
Modena	163	827	57	10	44	149	1.250	32,4	
Sassuolo	30	303	36	18	6	48	441	11,4	
Pavullo	63	310	43	4	0	22	442	11,4	
Vignola	30	327	170	39	0	53	619	16,0	
CfrancoE.	20	159	0	10	0	30	219	5,7	
Provincia	v.a	306	2.610	306	108	59	472	3.861	100
	%	7,9	67,6	7,9	2,8	1,5	12,2	100	

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena

Come mostrato nella tabella 3.3, la suddivisione interdistrettuale dei posti autorizzati evidenzia che, per tutti i distretti, il 75% dell'offerta è in residenze socio-sanitarie – ad eccezione di Vignola che raggiunge *solo* il 57,6% tra Rsa e case protette – mentre ciò che varia è la distribuzione del restante 25%.

Infatti, per i distretti montani o parzialmente montani (Vignola, Sassuolo e Pavullo), tolte le strutture residenziali socio-sanitarie, prevalgono i posti in strutture residenziali socio-assistenziali, per i restanti (Carpi, Mirandola, Modena e Castelfranco) l'offerta si concentra in strutture semi-residenziali socio-sanitarie.

TABELLA 3.3 *Posti autorizzati per tipologia di servizio e per distretto, 31 dicembre 2007 (valori percentuali)*

Distretto	Residenziali socio sanitarie		Residenziali socio assistenziali			Semi residenziali
	Rsa	Casa protetta	Casa di riposo	Comunità alloggio	Alloggi con servizi	Centro diurno assistenziale
Carpi	0	77,5	0	1,6	0	20,9
Mirandola	0	76,3	0	4,4	2,0	17,4
Modena	13,0	66,2	4,6	0,8	3,5	11,9
Sassuolo	6,8	68,7	8,2	4,1	1,4	10,9
Pavullo	14,3	70,1	9,7	0,9	0	5,0
Vignola	4,8	52,8	27,5	6,3	0	8,6
CfrancoE.	9,1	72,6	0	4,6	0	13,7
Provincia	7,9	67,9	7,9	2,8	1,5	12,2

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena

Concentrando l'analisi sulle sole strutture residenziali socio-sanitarie, che ricoprono i tre quarti dell'offerta, la tabella 3.4 indica quanti posti autorizzati sono anche convenzionati; in altri termini, quanti posti in Rsa e case protette nei diversi distretti sanitari operano in regime di convenzionamento con l'Ausl⁵.

Nelle ultime righe della tabella si riporta, poi, la differenza tra i posti autorizzati e quelli convenzionati e la percentuale di posti convenzionati sul totale di posti a cui è stata concessa l'autorizzazione al funzionamento.

TAB. 3.4 *Posti autorizzati e posti convenzionati per strutture residenziali socio-sanitarie per distretto, 31 dicembre 2007*

		Distretti							Provincia
		Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	CfrancoE.	
Rsa	autorizzati	0	0	163	30	63	30	20	306
	convenzionati	0	1	162	34	30	33	21	281
Case protette	autorizzati	337	347	827	303	310	327	159	2.610
	convenzionati	283	326	448	261	122	227	142	1.809
Totale	autorizzati	337	347	990	333	373	357	179	2.916
	convenzionati	283	327	610	295	152	260	163	2.090
Autorizzati-Convenzionati		54	20	380	38	221	97	16	826
Convenzionati/Autorizzati		84,0	94,2	61,6	88,6	40,8	72,8	91,1	71,7

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena

⁵ Per i distretti di Mirandola, Sassuolo, Vignola e Castelfranco, il numero di posti convenzionati in Rsa risulta maggiore del numero di posti autorizzati perché la convenzione, per quei posti in eccedenza, è stata fatta con strutture ubicate in altri distretti sanitari. Ad esempio, Mirandola ha in convenzione un posto in Rsa nella struttura Villa Pineta ubicata a Gaiato di Pavullo così come Castelfranco e Sassuolo.

Carpi e Sassuolo superano di molto la media provinciale avendo convenzionato, rispettivamente, l'84% e l'88,6% dei posti autorizzati; ancora maggiore risulta la differenza tra la provincia e i distretti di Mirandola e Castelfranco i cui posti convenzionati sono il 94,2% del totale dei posti autorizzati per il primo e il 91,1% per il secondo distretto. Diversa la situazione per Pavullo, distretto montano, e il capoluogo: Modena ha convenzionato 610 posti su 990 (61,6%) e Pavullo 152 su 373 (solo il 40,8%).

3.3. Il tasso di copertura

La panoramica sulla rete dei servizi socio sanitari e socio assistenziali nella provincia assume più significato e interesse se rapportata alla popolazione target cioè a quella parte della popolazione totale che usufruisce, o meglio, che potenzialmente potrebbe usufruire di tali prestazioni. Il paragrafo si occupa di questo aspetto e analizza la rete dei servizi erogati sulla popolazione di riferimento, gli anziani di età superiore ai 75 anni, attraverso il tasso di copertura.

Quest'ultimo, dato dal rapporto tra il numero di posti autorizzati e la popolazione residente ultra 75enne, è una prima, grossolana ma molto utile, approssimazione del livello complessivo dell'offerta presente nei distretti.

La tabella 3.5 riporta i dati relativi al tasso di copertura, che per la provincia è di 5,5 posti letto ogni 100 anziani. Fanno eccezione i distretti di Modena, Pavullo e Vignola per i quali l'offerta di autorizzati è di molto superiore alla media, rispettivamente 6,1; 8,3 e 6,9 posti ogni 100 settantacinquenni e ultra settantacinquenni.

TABELLA 3.5 Tasso di copertura della popolazione di età uguale o superiore a 75 anni per distretto, 31 dicembre 2007

Distretto	Residenziali socio sanitarie		Residenziali socio assistenziali			Semi residenziali	Totale
	Rsa	Casa protetta	Casa di riposo	Comunità alloggio	Alloggi con servizi	Centro diurno assistenziale	
Carpi	0	3,4	0	0,1	0	0,9	4,4
Mirandola	0	3,7	0	0,2	0,1	0,8	4,8
Modena	0,8	4,0	0,3	0,0	0,2	0,7	6,1
Sassuolo	0,3	2,9	0,3	0,2	0,1	0,5	4,3
Pavullo	1,2	5,8	0,8	0,1	0	0,4	8,3
Vignola	0,3	3,6	1,9	0,4	0	0,6	6,9
CfrancoE.	0,3	2,6	0	0,2	0	0,5	3,5
Provincia	0,4	3,7	0,4	0,2	0,1	0,7	5,5

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena

Inoltre, la regione ha stabilito che l'obiettivo minimo, per i distretti con minore dotazione di posti letto convenzionati, sia il raggiungimento di un numero di essi pari ad almeno il 3% della popolazione di età uguale o superiore a 75 anni.

Il rapporto tra il numero di posti convenzionati in strutture residenziali socio-sanitarie e la popolazione target residente, riportato in tabella 3.6, indica se l'offerta di posti con convenzione risponde al *fabbisogno* fissato dalla normativa regionale.

I valori riscontrati per i distretti variano dal 3,5% di Mirandola, valore più elevato, al 2,6% di Castelfranco a fronte di una media provinciale del 3%.

Confrontando questi dati a quelli presentati nella tabella 3.4 è possibile individuare se e in che misura è pensabile agire sull'offerta privata per soddisfare i parametri regionali e aumentare il numero di posti convenzionati.

L'ultima riga della tabella mostra di quanti posti convenzionati ulteriori necessiterebbe ciascun distretto per raggiungere la soglia del 3% dettata dalla normativa.

TABELLA 3.6 *Rapporto tra il numero di posti convenzionati in strutture residenziali socio-sanitarie sulla popolazione di età uguale o superiore a 75 anni per distretto, 31 dicembre 2007*

	Distretti							Provincia
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	CfrancoE.	
Rsa	0	0,0	0,8	0,3	0,6	0,4	0,3	0,4
Case protette	2,9	3,5	2,2	2,5	2,3	2,5	2,3	2,6
Indice	2,9	3,5	3,0	2,8	2,8	2,9	2,6	3,0
Posti "mancanti"	14	-	-	15	9	9	24	-

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena

SEZIONE QUARTA

LA SPESA SOCIALE DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Un aspetto determinante da esaminare in questo scenario fa riferimento alle risorse impegnate e utilizzate nell'erogazione dei servizi socio-sanitari.

La presente sezione si concentra sull'analisi della spesa socio-sanitaria integrata per le strutture per anziani non autosufficienti nella provincia di Modena che, come più volte ripetuto, ricoprono il 75% dell'offerta complessiva (vedi paragrafo 3).

Già precedentemente è stata sottolineata la difficoltà nell'individuare se le politiche sociali adottate rispondono adeguatamente ai bisogni dei cittadini che ne fanno richiesta e se le risorse vengono impegnate in modo efficiente. Questa sezione è dedicata, dopo una descrizione sulla metodologia adottata per determinare l'ammontare di spesa, all'analisi di possibili indicatori capaci di monitorare le risorse erogate per distretto in relazione ai dati di attività dei servizi residenziali.

4.1. La spesa sociale integrata: aspetti metodologici

La ricostruzione della spesa per servizi per anziani non autosufficienti, nell'ambito del modello di *welfare mix*, comporta il consolidamento di voci di spesa di molteplici enti che operano sul mercato.

Nello specifico, i percorsi dei flussi finanziari che intercorrono tra gli attori che operano nell'ambito dei servizi sociali assistenziali possono essere così sintetizzati:

6. il comune (singolo o associato) riceve trasferimenti dall'Azienda Sanitaria e le compartecipazioni degli utenti dei servizi;
7. le Ausl erogano trasferimenti a comuni, Asp e a tutti quegli enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati;
8. i beneficiari del servizio contribuiscono al costo dello stesso con compartecipazioni che affluiscono a comuni, Asp e a tutti quegli enti che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati;
9. le Asp e gli altri enti, che operano in regime di convenzione per i posti convenzionati, svolgono l'attività di produzione del servizio ricevendo mezzi finanziari dai comuni, dall'Ausl, dagli utenti e da altre fonti come, ad esempio, donazioni da parte di privati.

Per riuscire a determinare l'ammontare di tali flussi finanziari si è dovuti ricorrere ad una molteplicità di fonti informative.

La prima e principale, perché costruita sulla base di un'articolazione della spesa sociale che si ispira alle indicazioni della legge 328/2000, è stata l'*Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati* (da ora in poi Indagine Istat) che mira ad ottenere informazioni sulla spesa sociale sostenuta dai comuni, singoli o associati in consorzi, comunità montane o unioni. L'unità di rilevazione risulta essere quindi costituita dai comuni singoli o dalle loro associazioni.

Tra le molteplici informazioni raccolte da questa indagine ritroviamo la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno di riferimento, la compartecipazione alla suddetta da parte degli utenti (entrate accertate in bilancio nell'anno di riferimento) e la compartecipazione alla spesa da parte del Servizio sanitario nazionale. Dalla differenza tra la prima informazione e le seconde due si ottiene l'ammontare del peso finanziario sostenuto dai comuni o associazioni per il finanziamento del servizio.

Il modello di raccolta dati dell'Istat suddivide, poi, i servizi sociali in tre articolazioni: area di utenza, tipologia d'intervento e titolarità della gestione. Le aree di utenza identificano le categorie di utenza cui sono rivolti i servizi offerti (famiglia e minori, disabili, anziani, immigrati, ecc) e per ogni area sono indicate tre tipologie d'intervento (interventi e servizi, trasferimenti monetari e servizi offerti in strutture). I gruppi così formati sono a loro volta articolati in sezioni e le sezioni in elementi, che vanno ad identificare il singolo servizio.

Nello specifico della presente ricerca si farà riferimento all'elemento *Strutture residenziali*, nella sezione *Strutture comunitarie e residenziali*, nella tipologia d'intervento *Strutture* e all'elemento *Retta per prestazioni residenziali*, nella sezione *Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi*, nella tipologia d'intervento *Trasferimenti in denaro*; entrambi nell'area di utenza *Anziani*.

Le informazioni censite dall'indagine Istat forniscono però solo una parte di un quadro più complesso della spesa sostenuta per la fornitura dei servizi, risultando carente, in modo particolare, nella rilevazione del ruolo dell'Azienda sanitaria. L'indagine Istat evidenzia il flusso che dai bilanci dei comuni va agli enti privati operanti in regime di convenzione, ma non è in grado di individuare l'ammontare del trasferimento che l'Ausl eroga direttamente a tali soggetti privati per i posti convenzionati, sia per prestazioni di tipo sanitario che per oneri a rilievo sanitario.

L'Ausl, infatti, oltre a trasferire risorse agli enti gestori del servizio contribuendo a sostenerne il costo (oneri a rilievo sanitario), sopporta direttamente i costi delle prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche a favore degli anziani ospiti in strutture residenziali, semiresidenziali o assistiti al proprio domicilio (spesa sanitaria).

Per far fronte a tale mancanza si è fatto ricorso ad altre due fonti: *il bilancio dell'Azienda sanitaria e la scheda allargata riferita al Fondo regionale per la non autosufficienza*.

L'ultima, ma non meno importante, fonte, dalla quale si sono tratte informazioni relative alle strutture gestite dalle Asp operanti sul territorio, è stata la *Relazione sui presidi residenziali e semiresidenziali socio assistenziali* della Provincia⁶.

Il risultato di questa complessa operazione ha permesso di individuare un ammontare di spesa sociale integrata per strutture residenziali e rette per prestazioni residenziali di 86,53 milioni di euro (tabella 4.1) ottenuta dalla somma tra:

- a. la spesa sostenuta dal comune per la gestione di strutture proprie e l'integrazione delle rette degli utenti che non sono in grado di pagare interamente la compartecipazione a loro carico (colonna 1) – somme estrapolate dall'indagine Istat;
- b. la spesa sostenuta direttamente dagli utenti (colonna 2) ottenuta da:
 - a. la spesa sostenuta da soggetti che usufruiscono di servizi gestiti direttamente dal comune – dati ricavati dall'indagine Istat;
 - b. la spesa di coloro che si rivolgono a servizi erogati dalle strutture gestite dalle Asp – dati ottenuti dalla rilevazione provinciale;
 - c. la stima della spesa per la compartecipazione utenti a servizi erogati da soggetti privati per posti convenzionati. Il dato in questo caso è stato ricavato dalle giornate di effettiva presenza in strutture moltiplicate per la quota giornaliera a carico dell'ospite.
- c. l'ammontare pervenuto alle Asp attraverso donazioni o altre entrate (colonna 3) – dato ottenuto dalla rilevazione provinciale;
- d. la spesa sostenuta dall'Ausl per oneri a rilievo sanitario e per prestazioni sanitarie di erogazione di farmaci e prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche (colonna 4) – dato estrapolato dal bilancio dell'Azienda sanitaria e, in parte, dalla scheda relativa al Fondo regionale per la non autosufficienza.

⁶ Per ulteriori e dettagliate informazioni sulla metodologia di ricostruzione della spesa sociale integrata, cfr. Bertoni *et al.* [2010, 25-36].

TABELLA 4.1 *Spesa socio sanitaria integrata per servizi residenziali per anziani, per fonte e distretto - Anno 2007*

Distretto	Spesa comune	Compartecipazione utenti	Altre fonti	Oneri socio-sanitari e spesa sanitaria	Spesa sociale integrata	
					Valori assoluti	%
	1	2	3	4	5	6
Carpi	1,06	3,83	0,005	4,83	9,73	11,2
Mirandola	0,83	6,01	0,007	6,21	13,06	15,1
Modena	5,51	11,28	-	11,90	28,69	33,2
Sassuolo	1,02	4,45	-	5,74	11,21	12,9
Pavullo	0,15	2,98	-	4,03	7,16	8,3
Vignola	0,30	5,63	0,001	4,89	10,82	12,5
CfrancoE.	0,21	2,66	-	3,00	5,87	6,8
Provincia	9,08	36,84	0,01	40,60	86,53	100
	10,5	42,6	0	46,9	100	

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

4.2. Alcuni indicatori di spesa pro-capite

Trovare indicatori che conducano ad una misura certa e determinata di *efficacia* ed altrettanti che portino a valutare il grado di *efficienza* non è possibile. Il metodo da adottare, soprattutto quando al numeratore si utilizzano grandezze finanziarie (la spesa) come in questo studio e quindi non in grado di distinguere correttamente tra efficacia ed efficienza, è integrare, con buon senso, tutti gli indicatori disponibili.

Conoscere il valore del costo unitario del servizio per anziani è importante ma quel valore, preso singolarmente, non è capace di indicare se le differenze distrettuali rispetto alla media provinciale sono da ricondurre a sprechi (minore efficienza) o a migliori caratteristiche nella qualità del servizio erogato (maggiore efficacia).

L'obiettivo dell'ultima parte del presente rapporto è quindi di effettuare un monitoraggio sulla spesa per servizi residenziali per anziani, per i distretti e la provincia di Modena. Monitoraggio effettuato attraverso l'ausilio di indicatori costruiti dal rapporto tra la spesa sociale integrata e dati demografici (popolazione di riferimento) o dati relativi ad unità di servizio, come il numero di posti convenzionati – rappresentanti dell'offerta complessiva dei servizi di Rsa e Case protette – e l'ammontare di giornate effettive di accoglienza quale misura della reale offerta fornita a seguito delle risorse erogate.

Popolazione target, numero di posti convenzionati e totale delle giornate di effettiva presenza rapportate alla spesa sociosanitaria integrata portano alla determinazione di tre distinti indicatori (tabella 4.2).

Il primo (colonna 3) indica che per ogni cittadino di età uguale o superiore a 75 anni residente nella provincia di Modena, la spesa socio sanitaria integrata per servizi residenziali è pari a 1.222 euro; rapportando la medesima grandezza finanziaria al numero di posti convenzionati (colonna 5) la spesa risulta di 41.344 euro. Infine, dividendo il totale di spesa erogata per le giornate di presenza otteniamo un costo medio provinciale di 121,4 euro per ogni giornata in cui un posto è stato effettivamente occupato (colonna 7).

TABELLA 4.2 *Indicatori di spesa sociale procapite per servizi residenziali per anziani, per distretto - Anno 2007*

Distretto	Spesa sociale integrata (mln)	Pop. target >75 anni	Spesa per pop. Target (euro)	Posti convenzionati	Spesa per posto convenzionato (euro)	Giornate di effettiva accoglienza	Spesa per giornata effettiva di accoglienza (euro)
	1	2	3 = 1/2	4	5 = 1/4	6	7 = 1/6
Carpi	9,73	9.905	981,8	283	34.364,0	100.235	97,0
Mirandola	13,06	9.418	1.386,4	327	39.929,7	116.210	112,4
Modena	28,69	20.571	1.394,7	613	46.802,6	192.506	149,0
Sassuolo	11,21	10.359	1.082,2	295	38.000,0	106.054	105,7
Pavullo	7,16	5.351	1.338,1	152	47.105,3	50.852	140,8
Vignola	10,82	8.969	1.206,5	260	41.619,2	90.016	120,2
CfrancoE.	5,87	6.216	944,3	163	36.012,3	56.997	103,0
Provincia	86,53	70.789	1.222,4	2.093	41.344,0	712.870	121,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Indipendentemente dall'indicatore che andiamo a esaminare, compaiono notevoli e significative differenze a livello distrettuale. Consideriamo, ad esempio, la spesa per giornata effettiva di accoglienza: il costo varia da 149 euro di Modena e 140 euro di Pavullo a 97 euro di Carpi, 103 euro di Castelfranco e quasi 106 euro di Sassuolo.

Quali sono le cause che spiegano questa differenza territoriale nei costi unitari?

Un primo fattore che può incidere sulle differenze interdistrettuali è costituito dalla capacità produttiva, o meglio, dalla composizione dell'offerta.

La presenza di Rsa, anziché di case protette, incide sui costi per giornata di accoglienza sia attraverso una maggiore spesa per oneri a rilievo sanitario che attraverso una più elevata spesa sanitaria. Come spiegato più dettagliatamente nel paragrafo 3, le Rsa ospitano utenti con grado di non autosufficienza medio-alta e che necessitano di prestazioni a più elevato ed intensivo carattere sanitario. A tale proposito, la normativa prevede, per le Rsa, la presenza di personale socio-sanitario di un operatore ogni 2,2 utenti e un infermiere – personale sanitario – ogni 6 ospiti, contro un rapporto di un operatore socio-sanitario ogni 3,5 utenti e un infermiere ogni 12 ospiti per le Case protette.

I dati, nella colonna 3 della tabella 4.3, mostrano che Modena e Pavullo, distretti con la spesa per giornata effettiva di accoglienza più elevata (colonna 5), sono anche i distretti con la maggiore percentuale di posti in Rsa sul totale dei posti convenzionati. Dall'altro lato, Carpi e Mirandola presentano, nel rapporto tra posti in Rsa e totale posti convenzionati, le percentuali più basse ma sono anche due dei distretti con la minore spesa per giornata effettiva di accoglienza.

Sembra quindi sussistere una relazione positiva tra la spesa per giornata effettiva di accoglienza e la composizione dell'offerta: maggiore il numero di posti in Rsa sul totale dei posti convenzionati, più elevata risulta la spesa per giornata effettiva di accoglienza.

Un secondo aspetto da esaminare nell'analizzare le differenze distrettuali concerne la gravità dell'utenza.

Il livello di gravità degli utenti presi in carico nella Rsa e nelle Case protette è valutato su una scala composta da quattro gradi, dal più grave al meno grave: A, B, C e D. A livelli di gravità più elevata corrisponde un più elevato onere a rilievo sanitario e quindi una spesa media per utente maggiore.

TABELLA 4.3 *Composizione dell'offerta e spesa per giornata effettiva di accoglienza, per distretto – Anno 2007*

Distretto	Posti convenzionati	Posti in Rsa	Posti Rsa/posti convenzionati	Spesa per giornata effettiva di accoglienza
	1	2	3 = 2/1	5
Carpi	283	0	0,0	97,0
Mirandola	327	1	0,3	112,4
Modena	610	162	26,6	149,0
Sassuolo	295	34	11,5	105,7
Pavullo	152	30	19,7	140,8
Vignola	260	33	12,7	120,2
CfrancoE.	163	21	12,9	103,0
Provincia	2.090	281	13,4	121,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Dal momento che nelle Rsa vengono ospitati unicamente utenti con gravità di tipo A e B e nelle case protette utenti appartenenti a tutti e quattro i livelli di gravità, che l'analisi sulla capacità produttiva ci ha condotto alla conclusione che esiste una relazione positiva tra spesa sociale integrata e numero di posti in Rsa, si può ipotizzare che la maggiore spesa per giornata effettiva di accoglienza di alcuni distretti della provincia sia da ricondurre a una più cospicua presenza di utenti di gravità A e B in case protette.

Nella tabella 4.4 viene ricostruito il tasso di gravità, colonna 5, dato dal rapporto tra il numero di utenti in case protette classificati nei livelli di gravità A e B e il totale degli utenti nelle stesse case protette.

L'indicatore mostra che, a livello provinciale, più di 4 utenti su 10 hanno una situazione clinica che rientra nei livelli di gravità più alti. Anche in questo caso emergono notevoli differenze distrettuali, il tasso infatti varia dal 65,6% di Castelfranco al 31,3% di Carpi. Quest'ultimo distretto presenta anche la più bassa spesa per giornata effettiva di accoglienza ma, in generale, non troviamo una relazione tra la gravità degli utenti ospitati in casa protetta e la spesa per giornata effettiva di accoglienza.

TABELLA 4.4 Tasso di gravità e spesa per giornata effettiva di accoglienza, per distretto – Anno 2007

Distretto	A+B	C	D	Totale utenti in Case protette	Tasso di gravità	Spesa per giornata effettiva di accoglienza
	1	2	3	4 = 1+2+3	5 = (1/4)*100	6
Carpi	88	167	26	281	31,3	97,0
Mirandola	123	90	61	274	44,9	112,4
Modena	173	132	127	432	40,0	149,0
Sassuolo	129	93	61	283	45,6	105,7
Pavullo	69	41	39	149	46,3	140,8
Vignola	123	81	46	250	49,2	120,2
CfrancoE.	80	29	13	122	65,6	103,0
Provincia	785	633	373	1.791	43,8	121,4

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Un ulteriore elemento da tenere in considerazione, nel confronto della spesa per giornata effettiva di accoglienza tra distretti, legato anche a quanto detto sui livelli di gravità dell'utenza, riguarda l'impatto dei costi fissi.

In un'analisi di breve periodo, pure a fronte di una certa variabilità dell'utenza, determinate infrastrutture, la maggior parte delle figure professionali e del personale di assistenza non variano.

Ciò significa che quanto più un posto letto risulta occupato in termini di giornate, tanto minore dovrebbe essere l'ammontare di spesa per giornata di accoglienza.

L'impatto dei costi fissi sulla spesa può essere determinato andando a specificare le giornate *potenziali* di accoglienza, il numero cioè delle giornate che potrebbero essere erogate se tutti i posti convenzionati fossero occupati per tutti i giorni di validità della convenzione (tabella 4.5, colonna 3).

Dalla differenza tra le giornate potenziali di accoglienza e le giornate effettive di accoglienza (colonna 4) si esprime l'ammontare di giornate in cui un posto letto rimane inutilizzato. Supponendo poi che per tutti i distretti i giorni di validità della convenzione siano 365, nella colonna 5 della tabella 4.5 viene riportato il numero di posti letto equivalenti inutilizzati.

Gli stessi risultati possono essere meglio analizzati costruendo il tasso di utilizzo, che indica la percentuale di offerta complessiva sfruttata (colonna 6).

I distretti che più utilizzano la propria capacità produttiva sono Mirandola e Sassuolo con il 98,5% delle giornate potenziali e Carpi con il 97,0%, a fronte di una media provinciale del 93,6%.

TABELLA 4.5 *Giornate di accoglienza effettive e potenziali, tasso di utilizzo e posti letto equivalenti per distretto – Anno 2007*

Distretto	Posti convenzionati	Giornate effettive di accoglienza	Giornate potenziali di accoglienza	Giornate in cui i posti letto rimangono inutilizzati	Posti letto equivalenti inutilizzati	Tasso di utilizzo
	1	2	3	4 = 3-2	5 = 4/365	6 = 2/3
Carpi	283	100.235	103.295	3.060	8	97,0
Mirandola	327	116.210	118.022	1.812	5	98,5
Modena	613	192.506	222.650	30.144	83	86,5
Sassuolo	295	106.054	107.675	1.621	4	98,5
Pavullo	152	50.852	55.480	4.628	13	91,7
Vignola	260	90.016	94.900	4.884	13	94,9
CfrancoE.	163	56.997	59.495	2.498	7	95,8
Provincia	2.093	712.870	761.520	48.650	133	93,6

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Il complemento a 100 del tasso di utilizzo dà una misura del grado di inefficienza che concorre a determinare un livello maggiore di spesa per giornata effettiva di accoglienza. In termini monetari, tale perdita può essere individuata dalla differenza tra la spesa per giornata effettiva di accoglienza e la spesa per giornata potenziale di accoglienza (tabella 4.6).

Confrontando i risultati ampiamente discussi all'inizio del paragrafo sulla spesa per giornata *effettiva* di accoglienza – pari a 121,4 euro per la provincia, con evidenti differenze distrettuali – con quanto emerso nello studio dell'incidenza dei costi fissi, appare evidente come la spesa provinciale per giornata *potenziale* si riduca rispetto alla spesa per giornata *effettiva* raggiungendo 113,6 euro. Le differenze tra i territori rimangono comunque marcate.

A dimostrazione di un «migliore utilizzo» dell'offerta di servizi residenziali, le differenze tra spesa per giornata *effettiva* e spesa per giornata *potenziale* sono più cospicue per i distretti di Modena e Pavullo (tabella 4.6, colonna 4), che presentano la maggior spesa per giornata effettiva di accoglienza, e meno marcate per Sassuolo, Mirandola e Carpi, distretti con la spesa per giornata effettiva di accoglienza più bassa.

Da notare che questa differenza può essere causata sia da un eccesso dell'offerta sulla domanda (questo presuppone l'inesistenza di liste di attesa –

situazione improbabile) che da una inefficienza nel sistema per l'assegnazione dei posti letto lasciati liberi.

TABELLA 4.6 *Spesa per giornata effettiva e potenziale di accoglienza e misura dell'inefficienza in termini di spesa integrata – Anno 2007*

Distretto	Spesa sociale integrata	Spesa per giornata effettiva di accoglienza	Spesa per giornata potenziale di accoglienza	Misura dell'inefficienza
	1	2	3	4 = 2-3
Carpi	9,73	97,0	94,1	2,9
Mirandola	13,06	112,4	110,6	1,7
Modena	28,69	149,0	128,9	20,2
Sassuolo	11,21	105,7	104,1	1,6
Pavullo	7,16	140,8	129,1	11,7
Vignola	10,82	120,2	114,0	6,2
CfrancoE.	5,87	103,0	98,7	4,3
Provincia	86,53	121,4	113,6	7,8

Fonte: elaborazioni su dati Istat e Ausl

Un ultimo, ma non meno importante e incisivo, fattore che potrebbe condizionare le differenze interdistrettuali della spesa sociale procapite è la modalità di gestione delle strutture pubbliche.

Come già considerato a proposito della disamina su domanda e offerta in un modello di *welfare mix*, i servizi di assistenza agli anziani non autosufficienti sono caratterizzati da una certa varietà nelle modalità di gestione: gestione pubblica diretta – l'ente pubblico, titolare della struttura, si occupa altresì della gestione – o gestione esternalizzata – l'ente pubblico mantiene la titolarità ma affida la gestione, totale o parziale, ad esempio, ad una cooperativa. Nel caso in cui la gestione venga solo parzialmente esternalizzata (gestione mista) nella medesima struttura troveremo sia operatori sotto contratto con l'ente pubblico che operatori sotto contratto con l'ente privato o no profit.

Sono proprio queste differenze che potrebbero incidere sull'ammontare della spesa sociale. Infatti, le retribuzioni dei lavoratori dipendenti degli enti no profit risultano essere più basse di quelle erogate da enti pubblici⁷.

Nella provincia di Modena la tipologia di gestione delle strutture socio-sanitarie a titolarità pubblica è per la maggior parte totalmente esternalizzata: 838

⁷ Le ragioni di tali differenze sono molteplici. Oltre alla caratteristica intrinseca nella struttura dell'ente senza scopo di lucro, sui bassi livelli delle retribuzioni incide la convinzione che corrispondere bassi salari porta ad una naturale auto-selezione dei lavoratori più motivati e coinvolti nella causa sociale. Inoltre, pressanti risultano le aste al massimo ribasso indette dalle amministrazioni pubbliche che, appunto, mirano a minimizzare il costo per l'erogazione dei servizi sociali.

posti letto su 1.587, pari al 52,8% (tabella 4.7). Solo il 18,7% dei posti ha titolarità e gestione pubblica, il restante 28,5%, 452 posti, è a gestione mista.

Il tasso riportato nella colonna 5 della tabella 4.7 specifica la percentuale di posti letto a gestione totalmente esternalizzata. Anche in questo caso, da un confronto con la spesa per giornata effettiva di accoglienza (colonna 6), si evince che Pavullo, distretto insieme al capoluogo con la più alta spesa per giornata effettiva di accoglienza, ha tasso di esternalizzazione pari a 0. Mentre Carpi e Sassuolo, che registrano tassi di esternalizzazione elevati, mostrano, nel contempo, valori di spesa per giornata di accoglienza tra i più bassi.

TABELLA 4.7 *Posti letto in strutture residenziali socio-sanitarie a titolarità pubblica per tipologia di gestione e spesa per giornata effettiva di accoglienza, per distretto – Anno 2007*

Distretto	Tipologia di gestione			Totale posti letto	Tasso di esternalizzazione	Spesa per giornata effettiva di accoglienza
	Diretta	Mista	Esternalizzata			
	1	2	3			
Carpi	0	40	243	283	85,9	97,0
Mirandola	127	145	54	326	16,6	112,4
Modena	125	0	278	403	69,0	149,0
Sassuolo	0	39	169	208	81,3	105,7
Pavullo	15	40	0	55	0	140,8
Vignola	30	106	34	170	20,0	120,2
CfrancoE.	0	82	60	142	42,3	103,0
Provincia	v.a	297	452	838	1.587	121,4
	%	18,7	28,5	52,8	100	

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena e Ausl

Appare evidente una certa relazione tra esternalizzazione nella gestione del servizio a titolarità pubblica e spesa per giornata effettiva di accoglienza: maggiore è il tasso di esternalizzazione, minore risulta il costo per giornata effettiva di accoglienza. Fa eccezione Modena, che esternalizza per il 69,0% dei posti a titolarità pubblica e presenta una spesa per giornata di accoglienza di 149 euro.

SEZIONE QUINTA

PRINCIPALI RISULTATI DELLA RICERCA

L'analisi effettuata mette in evidenza l'articolazione del sistema dei servizi per anziani non autosufficienti nei distretti della provincia di Modena. Il quadro che ne scaturisce è caratterizzato da notevoli differenziazioni interdistrettuali sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda.

Di seguito vengono sintetizzati i risultati di maggiore interesse che emergono dalla ricerca svolta.

1. In provincia di Modena siamo in presenza di una popolazione più giovane di quanto registrato a livello regionale e nazionale. Situazione che previsionalmente rimarrà tale anche nel futuro ma caratterizzata da una spiccata differenziazione territoriale nella composizione della popolazione e nei livelli strutturali.

Ma ciò che più interessa studiosi e politici non è tanto quantificare gli anziani presenti in una società quanto definire il loro bisogno di cura e determinare se le risorse sono impiegate in modo efficace ed efficiente. L'analisi si concentra quindi sul ruolo del settore pubblico e sulle caratteristiche del sistema dei servizi per gli anziani.

2. Le strutture a carattere sanitario offrono il 75% del totale dei posti autorizzati sia a livello provinciale che di ogni singolo distretto. Per il restante 25% la differenziazione sussiste tra i distretti montani o parzialmente montani (Pavullo, Sassuolo, Vignola), dove prevale l'offerta in strutture residenziali socio-assistenziali sull'offerta delle strutture semi-residenziali, e i distretti a nord della provincia, dove l'offerta si concentra sui servizi semi-residenziali.
3. Il tasso di copertura della rete dei servizi residenziali socio-sanitari, assistenziali e semi-residenziali, a livello provinciale, ammonta a 5,5 punti percentuali. Gli unici distretti che si discostano di molto dalla media sono Pavullo, con un tasso di copertura dell'8,3% e Vignola con il 6,9%.
4. L'ammontare di spesa socio sanitaria integrata per i servizi residenziali per anziani è pari a 86,53 milioni di euro. Quasi il 47% è sostenuta a fronte di oneri socio-sanitari e spesa sanitaria, il 42,6% è costituita dalla compartecipazione degli utenti che usufruiscono dei servizi e il rimanente 10,5% di spesa è sostenuta dai comuni.

La composizione percentuale della spesa socio-sanitaria tra distretti conferma le notevoli e significative differenze territoriali. L'analisi di indicatori di spesa procapite ci permette di fare alcune importanti considerazioni:

5. Esiste una relazione positiva tra spesa per giornata effettiva di presenza in struttura e composizione dell'offerta: in presenza di Rsa, la spesa per giornata di accoglienza aumenta.
6. I costi fissi incidono notevolmente sulle differenze di spesa procapite tra distretti, il risultato emerge nettamente dal confronto tra giornata effettiva di presenza e giornata potenziale di accoglienza.
7. Esiste una relazione negativa tra ammontare di spesa per giornata effettiva di accoglienza ed esternalizzazione dei processi produttivi.
8. Ulteriori elementi che concorrono alle differenze territoriali all'interno della provincia e che qui sono solo stati accennati sono da ricondurre, sicuramente, a ragioni storico politiche ma anche ad aspetti quali la qualità dei servizi offerti.

In conclusione, la provincia di Modena è composta da sette territori molto diversi tra loro, tanto dal lato dell'offerta che da quello della domanda di servizi per anziani non autosufficienti. Nel rapporto si sono analizzati alcuni degli aspetti che portano ad una preliminare visione delle motivazioni delle differenze presenti sia attraverso un'analisi demografica che in termini di spesa socio sanitaria integrata. Aspetti che ben spiegano come sia necessario un efficiente monitoraggio del mercato dei servizi per anziani e una puntuale coordinazione dell'offerta pubblica per una più efficace risposta alle esigenze della popolazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bertoni, F., Bosi, P., Lorenzini, M. e Silvestri, P.
2010 *La spesa sociale integrata nei distretti della provincia di Modena*, Modena, Provincia di Modena e Capp.
- Bosi, P., Bertoni, F., Lorenzini, M.
2009 *L'identificazione del fabbisogno standard per i servizi socio-sanitari con particolare riguardo ai servizi per anziani non autosufficienti: il caso della provincia di Modena*, CAPPaper n. 61, Modena.
- Bertoni, F. e Riboldi, B.
2010 *Le politiche regionali*, in *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi. Progetto promosso dal Ministero del Welfare*, a cura di Irs, Bologna
- Castriota, S.
2010 *Neanche le cooperative sociali sono perfette*, disponibile sul sito www.lavoce.info, 30 aprile.
- Chiatti, C. e Lamura, G.
2010 *I nodi dell'Italia*, in *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi. Progetto promosso dal Ministero del Welfare*, a cura di Irs, Bologna.
- DemoIstat
2010 *Indicatori demografici. Dati relativi all'anno 2010*, Roma, Istat, www.demo.istat.it.
- Vari anni *Previsioni della popolazione*, Roma, Istat.
- Istat
2007 *Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei comuni*, Roma, Istat, http://www3.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/interventi_servizi_sociali/.
- 2010 *Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*, Roma, Istat, http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100112_00/.
- Menniti, A. e Tintori, A. (a cura di)
2006 *La qualità della vita degli anziani*, working paper, n. 12, Roma, Irpps.
- Provincia Modena
2010a *Osservatorio demografico on-line*, Modena, Provincia di Modena, <http://www.modenastatistiche.it/page.asp?IDCategoria=175&IDSezione=3502>.

2010b *Osservatorio demografico 1 gennaio 2010. La popolazione modenese*, Modena, Modena statistiche, Provincia di Modena.

Tomba, R. e Virgilio, G.

2011 *Diritti sociali di cittadinanza e livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) in Emilia-Romagna*, paper presentato al Convegno AIES “Diritti nazionali, differenze regionali e federalismo: il sistema sanitario italiano a 150 anni dall’Unità”, Area tematica “Diritti comuni e LEA”, Napoli.