

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

Francesco Bertoni, Paolo Bosi, Marilena Lorenzini

*CAPPaper* n. 61

gennaio 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<sup>1</sup>

Paolo Bosi, Francesco Bertoni, Marilena Lorenzini<sup>2</sup>

## *Abstract*

*La L.42/09 dà attuazione in parte alla riforma costituzionale sul federalismo fiscale di cui un cardine è costituito dalla definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali. In questo studio dopo avere discusso criticamente il quadro normativo e i problemi di definizione dei LEP ci proponiamo di fornire una ricostruzione della spesa socio-sanitaria integrata per i distretti della provincia di Modena, realizzando per la prima volta la misura di una versione integrata della stessa, come premessa alla identificazione di indicatori di costi e fabbisogni standard. Si forniscono suggerimenti di utili integrazioni ed estensioni dell'indagine Istat sulla spesa sociale dei comuni e si calcolano indicatori utili per una politica di benchmarking tra gli enti locali con particolare riguardo ai servizi per anziani non autosufficienti.*

---

<sup>1</sup> Ricerca realizzata nell'ambito del progetto PRIN, 2006, Miur., "Modelli teorici e politiche di sostegno per la non autosufficienza in una società con elevata incidenza di popolazione anziana" Università di Modena e Reggio Emilia. In questo studio sono stati utilizzati, per alcuni aspetti metodologici, risultati conseguiti in Bosi Managaniello, 2008, e, per la parte empirica, elaborazioni svolte nell'ambito della ricerca F. Bertoni, P. Bosi e M. Lorenzini, 2009.

<sup>2</sup> Rispettivamente del Capp – Centro di analisi delle Politiche Pubbliche, Università di Modena e Reggio Emilia, Provincia di Modena, Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali.

## Premessa

La Legge Delega al Governo del 5 maggio 2009, n.42, in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'art.119 della Costituzione rappresenta un momento istituzionale di grande rilievo e lungamente atteso (la riforma del Titolo V risale infatti al 2001).

Tale norma scioglie alcuni dubbi fondamentali sorti nell'interpretazione della norma costituzionale con riguardo alle relazioni tra le modalità di finanziamento dei livelli delle prestazioni essenziali previsti dall'art. 117 c. 2 lett. m) e il finanziamento delle funzioni di regioni ed enti locali previsti dall'art.119. La soluzione proposta è che per i livelli essenziali delle prestazioni che includono la sanità, l'assistenza e l'istruzione le spese per lo svolgimento delle funzioni amministrative attribuite alle regioni verranno integralmente finanziate dal centro attraverso canali diversi dal fondo perequativo di cui all'art.119.

L'art.2 della legge delega prevede che entro 24 mesi il governo dovrà emanare decreti legislativi in cui si dovrà prevedere per il finanziamento dei livelli essenziali “il superamento graduale, per tutti i livelli istituzionali, del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard”.

Il concetto di fabbisogno standard diventa quindi il punto di riferimento e la *pièce de résistance* della riforma della spesa sociale, in cui il governo sarà impegnato nel prossimo futuro. A tale scopo dovranno essere predisposte appropriate armonizzazioni dei bilanci pubblici degli enti decentrati, inclusi bilanci consolidati tra regioni ed enti locali, con rilevazioni in grado di accertare le informazioni relative ai servizi esternalizzati (art. 2 lett. h), e la “previsione dell'obbligo di pubblicazione per regioni ed enti locali di bilancio a cui sia possibile ricavare in modo semplificato le entrate e spese procapite secondo modelli uniformi concordati con la Conferenza unificata”. (art. 2 lett. i). “Inoltre, e più direttamente, dovranno essere predisposti decreti legislativi entro 24 mesi in cui sarà disciplinata la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni” (art 2 c. 6)<sup>3</sup>.

La messa a punto di appropriati criteri di definizione del fabbisogno standard può rivelarsi assai complessa a causa dell'intreccio delle funzioni svolte in questo campo da diversi livelli di governo decentrato, in particolare delle regioni che hanno la titolarità legislativa esclusiva della materia dell'assistenza e dei comuni, che di fatto svolgono in misura molto ampia le funzioni amministrative di offerta dei servizi sociali. Le indicazioni normative a cui si è fatto cenno sopra si riferiscono infatti ai rapporti finanziari tra governo centrale e regioni. Di fatto però il nostro ordinamento prevede

---

<sup>3</sup> Un ruolo tecnico importante sarà svolto dalla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica che si avvarrà dell'aiuto della Commissione tecnica paritetica, prevista dall'art. 4 della legge delega, che sarà la sede di condivisione delle basi informative finanziarie, economiche e tributarie, e dovrà promuovere la realizzazione di rilevazioni ed attività per soddisfare i necessari fabbisogni informativi. Ad essa le amministrazioni locali saranno tenute a fornire i necessari elementi informativi sui dati finanziari, economici e tributarie. Nell'ambito della Commissione permanente sarà anche istituita una banca dati comprendente indicatori di costo, di copertura, e di qualità dei servizi utilizzati per definire i costi e i fabbisogni standard e gli obiettivi di servizio per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di servizio (art. 5 c.1 lett.f). La conferenza permanente verifica anche la realizzazione del percorso di convergenza ai costi e ai fabbisogni standard nonché gli obiettivi di servizio. (art.5 c.1 l.h)

come noto anche relazioni finanziarie dirette tra stato ed enti locali (comuni in particolare). Enti che già ora erogano spesa e producono servizi sociali con proprie risorse e mezzi che almeno in parte sono riconducibili a servizi inclusi nei livelli essenziali. La legge delega per il federalismo non ha alterato la struttura del modello di finanziamento tra stato, regioni e comuni, mantenendo in vita un duplice canale dallo stato alle regioni e dallo stato agli enti locali (Comuni province e città metropolitane). L'esito di questa scelta poco coraggiosa è la necessità di mettere a fuoco i criteri con cui realizzare il finanziamento dei livelli essenziali stante il fatto che la loro realizzazione è responsabilità sia delle regioni sia dei comuni. Se per il rapporto stato/regioni valgono le indicazioni normative sopra esposte, per il rapporto stato/enti locali è previsto un altro percorso. Le spese degli enti locali sono infatti articolate in tre segmenti: spese riconducibili alle funzioni fondamentali di cui all'art. 117 c. 2 lett. p), spese relative ad altre funzioni, e spese finanziate con contributi speciali e di cui all'art.15. Ai nostri fini è interessante soffermarsi sulle prime, le spese per le funzioni fondamentali, che, come prevede la delega, possono implicare prestazioni che rientrano nei livelli essenziali.

In tal caso il finanziamento che lo stato prevede a favore degli enti locali (art.11 c.1 lett. b)) deve essere realizzato in modo integrale in base al fabbisogno standard con tributi propri, compartecipazioni e dal fondo perequativo. Tale fondo perequativo deve essere ripartito tenendo conto di indicatori di fabbisogno finanziario calcolati come differenza tra valori standard di spesa corrente al netto degli interessi e valore standard dei tributi ed entrate proprie. La definizione della spesa corrente standard è determinata partendo da una base costituita da una quota uniforme per abitante corretta, per tenere conto dell'ampiezza demografica dei comuni, delle caratteristiche demografiche sociali e produttive dei diversi enti. Come si vede la determinazione del fabbisogno standard dei livelli essenziali risulta assai poco nitido per la presenza di queste sovrapposizioni tra regioni e comuni. In ogni caso un problema preliminare da affrontare è rappresentato dall'individuazione dell'articolazione della spesa storica tra comuni ed altri enti (Usl, ex Ipub, regione, ecc.).

La presenza di grandi disparità territoriali nei livelli di benessere e di articolazione della spesa pubblica rappresenta un ostacolo molto forte nella realizzazione di fabbisogni standard, che ha come presupposto logico la tendenziale convergenza dell'offerta dei servizi tra le diverse realtà decentrate. Il percorso di convergenza e i meccanismi di attribuzione delle risorse dal centro per il finanziamento dei livelli essenziali potrebbe diventare politicamente insostenibile qualora le risorse venissero prioritariamente attribuite alle realtà più arretrate, scarificando quelle che in passato hanno avuto (o potuto avere) comportamenti virtuosi. Il processo di attuazione del federalismo prevede quindi opportunamente, anche se lo delinea ancora in modo molto generico, un percorso di convergenza degli obiettivi di servizi ai livelli essenziali che dovrà necessariamente essere articolato e differenziato a seconda delle condizioni iniziali presenti nelle diverse realtà territoriali. A tale scopo l'art.18 della legge delega prevede la definizione di un "Patto di convergenza" in cui saranno proposte "norme di coordinamento *dinamico* della finanza pubblica volte a realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo".

La complessità di questa operazione ha suggerito al legislatore di indicare un percorso graduale prevedendo un periodo di tempo molto ampio (cinque anni) per la

realizzazione della convergenza della spesa storica al fabbisogno standard, a partire dall'effettiva determinazione del contenuto finanziario dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 19 c.1 lett. b)).

Il governo centrale insieme agli organi di coordinamento degli enti decentrati hanno quindi innanzi a loro un periodo di intensa attività di elaborazione di processi istituzionali, analisi e determinazioni normative destinate ad influire significativamente sull'offerta e sul finanziamento dei servizi sociali del nostro paese.

Nel frattempo la vita ordinaria delle relazioni finanziarie tra diversi livelli di governo e l'offerta dei servizi sociali continua a basarsi sulla legislazione esistente, che per quanto riguarda la spesa sociale ha come punto di riferimento la L.328/2000 a cui è associato un variegato e complesso processo di programmazione economica a livello nazionale, regionale e di zona. In questo contesto vanno poi segnalati ulteriori interventi legislativi che – nell'inerzia del legislatore per l'attuazione della riforma costituzionale – hanno portato alla creazione del fondo per la non autosufficienza, il piano per i nidi, ecc., che hanno introdotto o dovrebbero introdurre nel governo della spesa sociale nuovi programmi non sempre facilmente coordinabili con l'impianto normativo vigente. Infine, sempre l'inerzia dei governi centrali ha indotto molte regioni, forti nel nuovo testo costituzionale ancorché privo di norme applicative, a procedere in modo sparso nel varo di nuovi programmi di spesa sociale: esiste infatti una molteplicità molto ampia di programmi di potenziamento dei servizi per la non autosufficienza (v. per una documentazione Gori 2008).

I criteri che presiedono alla suddivisione dei fondi dal centro alle regioni e ai comuni e dalle regioni alle realtà territoriali di grado inferiore (molto spesso i distretti sanitari o le zone) fanno prevalentemente riferimento a criteri riconducibili alla spesa storica. Si può tuttavia osservare un interesse crescente nelle prassi di redazione dei piani di zona per l'identificazione di costi standard dei servizi (un esempio di eccellenza in questo senso è da esempio il rapporto di gestione predisposto dall'amministrazione comunale di Modena che contiene una gamma molto vasta ed interessante di informazioni sul costo di singoli servizi).

La predisposizione e gestione dei piani di zona con riguardo alla componente sociale della spesa ha dovuto poi affrontare un altro importante aspetto del disegno istituzionale: l'integrazione tra spesa sociale e spesa sanitaria e, sotto il profilo dei livelli di gestione, la definizione di piani di spesa, di modalità di finanziamento e di gestione integrati tra distretti sanitari ed enti locali. Anche nelle realtà più avanzate, fra cui si colloca certamente la realtà qui studiata, si è però ancora assai lontano dalla realizzazione di una rilevazione integrata dei flussi di spesa storici, che costituiscono come è ovvio l'elementare punto di partenza per la realizzazione di un modello di finanziamento fondato sui fabbisogni standard.

Lo scopo di questo lavoro è di fornire un primo contributo alla costruzione di una definizione comprensiva della spesa socio-sanitaria con riferimento ad una realtà territoriale circoscritta che è assunta come terreno di sperimentazione e possibile modello da attuare a livello nazionale.

Prima di avventurarci in questa ricognizione dei dati è però opportuno premettere alcune considerazioni di carattere metodologico sul fabbisogno informativo necessario

per realizzare una valutazione della spesa standard. E' questo l'obiettivo del prossimo paragrafo.

## **2. La nozione di spesa standard nel modello di finanziamento della spesa sociale**

Per potere fare passi avanti nella misura della spesa standard è necessario avere come punto di riferimento una nozione precisa di LEP e la definizione del contesto istituzionale dei rapporti finanziari tra diversi livelli di governo, alla luce della riforma del Titolo V.

Con riguardo al primo aspetto, la definizione dei LEP, si dispone, al momento attuale, solo di valutazioni avanzate dalla dottrina (si veda ad es. Gori, 2006, Fornez, 2006). I riferimenti contenuti nella legge 328/00 non sembrano infatti né sufficienti, né adeguati a questo scopo. Anche alla luce dei criteri adottati nel riparto del Fondo nazionale delle politiche sociali, sembra emergere solo il riferimento ad una definizione dei LEP come *aree di intervento* (famiglia, anziani, dipendenza, ecc.). Questo orientamento non è però in nessun caso appropriato per individuare livelli essenziali in termini di *garanzia di una copertura "essenziale" della domanda di servizi caratterizzati da un adeguato livello qualitativo*, né per garantire i cittadini sull'*esigibilità dei diritti*. Adeguatezza dell'offerta da parte delle amministrazioni in termini quantitativi e qualitativi e esigibilità dei diritti sono le nozioni su cui sembrano convergere le valutazioni della dottrina, alla luce della quale non appare sufficiente affermare che i LEP sono garantiti dal semplice fatto che a certe aree sia destinata una spesa (in quale dimensione?), né sarebbe possibile indicare composizioni della spesa vincolanti.

Anche con riguardo al secondo aspetto – il contesto istituzionale dei rapporti finanziari tra diversi livelli di governo –, la riflessione è parzialmente diversa a seconda della declinazione del modello che il legislatore vorrà scegliere, che assume maggiore rilievo con riguardo alla definizione delle modalità di copertura finanziaria e alla identificazione del ruolo di tutti gli attori che partecipano al processo. Di esso nella dottrina sono adombrate diverse soluzioni, che a fini di chiarimento concettuale in questo contesto possiamo sintetizzare in due posizioni polari, che chiameremo *modello debole* e *modello forte* (v. Bosi, Guerra, Silvestri (2006) per commenti su queste nozioni e Petretto (2007, 2009), per un inquadramento più generale del problema).

Il modello *debole* si caratterizza per la definizione di un insieme di fonti di entrate *tributarie* (tributi propri, compartecipazione, addizionali, sovrimposte) per i livelli decentrati (regione ed Enti Locali) in grado di finanziare l'insieme *indiviso* di *tutte* le funzioni di cui tali enti hanno responsabilità di gestione. Ai fini di garantire l'adeguatezza di questo impianto di entrate al finanziamento dei servizi, il modello è integrato con un fondo, con finalità esclusive di perequazione, fondato sul principio della capacità fiscale, vale a dire destinato ad integrare le differenze che a livello decentrato sussistono tra le basi imponibili in dipendenza di diversi livelli di condizione economica procapite.

Nel modello debole la presenza di un sottoinsieme di funzioni decentrate coinvolte nel processo dei LEP può essere configurata nel modo che segue. Lo Stato

determina i LEP in termini di livelli quantitativi (grado di copertura) e qualitativi dei servizi interessati ed effettua un *monitoraggio* ex post sul soddisfacimento degli stessi da parte dei governi decentrati. In questo contesto la funzione di controllo da parte del centro non coinvolge direttamente grandezze relative alla spesa o ai costi standard dei servizi. Il monitoraggio è esercitato esclusivamente su quantità e qualità dell'offerta. La garanzia dell'esigibilità dei diritti da parte del cittadino potrebbe essere realizzato prevedendo trasferimenti monetari compensativi. Dal punto di vista finanziario deve tuttavia essere soddisfatto un *vincolo che coinvolge la nozione di costo standard*. L'ammontare complessivo di risorse, che l'ente decentrato ha a disposizione come somma delle entrate tributarie e del trasferimento perequativo, deve essere almeno pari al costo del sottoinsieme di servizi rientranti nei LEP. Si tratta però di un vincolo debole, e che può essere dato per scontato se le materie rientranti nei Lep costituiscono un sottoinsieme sufficientemente limitato delle funzioni svolte dall'ente decentrato. In questo modello viene meno una accurata separazione tra forme di entrate destinate ai Lep e altre fonti finanziarie. La debolezza di questo modello è tale non dal punto di vista logico, ma applicato. E' chiaro infatti che nel momento originario di definizione dell'insieme delle risorse tributarie ritenute appropriate per finanziare le funzioni dell'ente decretato (costituite da tributi propri, compartecipazioni, addizionali, sovrimposte e dai criteri di riparto del fondo perequativo) deve essere esplicitata una nozione di costo standard dei servizi che l'ente deve offrire. Questa operazione difficilmente e raramente viene realizzata in modo esplicito (non è accaduto nel caso delle riforme Bassanini) e quindi l'adeguatezza del disegno del finanziamento, si pensi all'esperienza della spesa sanitaria, risulta empiricamente attraverso un processo, spesso faticoso e costoso in termini decisionali, di *tâtonnement* che si prolunga nel tempo, a partire da valori che sono frequentemente costituiti dalla spesa storica.

In simboli, se indichiamo con  $q$  e  $a$  la quantità e la qualità del servizio e con  $c(a,q)$  con  $c_a > 0$  e  $c_q < 0$ , (nell'ipotesi semplificatrice di costi variabili lineari), la funzione del costo medio del servizio, con  $B_i$  e  $t_i$ , la base imponibile e l'aliquota dell'unico tributo locale,  $A_i$  altre entrate (compartecipazioni, sovrimposte) e  $TR_i$  il trasferimento perequativo, le entrate complessive del livello decentrato saranno:

$$T_i = t_i B_i + A E_i + TR_i$$

Il trasferimento sulla base della capacità sarà (usiamo un asterisco per indicare i valori standard):

$$TR_i = G^* - t^* B_i$$

Ove  $G^*$  indica il costo standard dell'insieme di tutte le funzioni decentrate.

Lo Stato deve verificare che:

$$q \geq q^* \quad e \quad a^* \geq a$$

e dovrà esser soddisfatto il vincolo "debole":

$$T_i = t_i B_i + A E_i + G^* - t^* B_i = Z + B_i (t_i - t^*) \geq q^* c^*(a^*, q^*)$$

Nel modello *forte*, è invece prevista una separazione dei canali di finanziamento dell'ente decentrato tra spesa assoggettata ai LEP e altra spesa. La prima è finanziata con fondi a destinazione vincolata, mentre la parte restante è finanziata con i criteri dell'art. 119 e del fondo perequativo. Se indichiamo con  $G_{lep}$  la spesa per servizi LEP, il trasferimento vincolato sarà pari al costo standard del livello essenziale dei servizi per quantità e qualità:

$$TR_{lep} = q^* c(a^*, q^*)$$

La “forza” del modello deriva dall'esplicitazione del costo dei servizi e dall'imposizione di un vincolo di spesa allo stesso. Anche in questo caso deve tuttavia essere esercitato un monitoraggio su  $q$  e su  $a$  che devono soddisfare i vincoli già indicati nel modello precedente. E' indubbio che in questo caso l'esigenza di definire costi standard dei LEP è più cogente e pregnante.

Questa semplice schematizzazione dei possibili esiti istituzionali rende comunque chiara la necessità di disporre di una pluralità di indicatori di controllo, su quantità, qualità e l'opportunità (necessità, nel caso del modello forte) di disporre di valutazioni della *spesa standard*.

L'esposizione che precede, per rendere più evidenti i fabbisogni informativi essenziali, si fonda su una serie di ipotesi semplificatrici che non collimano perfettamente con l'assetto storico concreto. Ad esempio, non sempre nella definizione di un servizio LEP è possibile pervenire facilmente alla definizione di una “quantità” e/o di una “qualità” del servizio; non sempre è possibile o appropriato definire una funzione di costo; non sempre è possibile identificare una popolazione di riferimento beneficiaria di un dato servizio. Si pensi ad esempio a quegli interventi che si traducono in trasferimenti monetari. In questo caso la definizione dei LEP appare molto più evanescente e potrebbe al massimo essere specificata in termini di livelli minimi di spesa per popolazione di riferimento o, in caso di difficoltà a definirla, della popolazione tout court. E' chiaro come in questi casi la nozione di LEP che viene adottato sia vicina a quella seguita nei criteri di riparto del FNPS fondata, come si è detto, sulle aree di intervento.

Un secondo aspetto che nella realtà complica il quadro di concetti e definizioni qui delineato è connesso al fatto che non esiste un solo tipo di ente decentrato, ma almeno due livelli principali (regione e comuni) e che il rapporto di questo e lo stato non è strettamente gerarchico, ma esistono canali di finanziamento che vanno dallo Stato ai comuni e dallo Stato alle regioni, oltre che trasferimenti tra regioni e comuni. Ciò ovviamente rappresenta una complicazione, in quanto appare necessario verificare la congruità dei mezzi a disposizione dell'ente finale responsabile del servizio (spesso il comune o un ente collettivo emanazione dello stesso) con riferimento ai mezzi propri e a due canali di trasferimento, dallo Stato e dalla Regione. Inoltre deve essere precisato il percorso che deve essere fatto per la funzione di monitoraggio. Sembrerebbe ragionevole che lo Stato abbia come interlocutore diretto la Regione e questa eserciti il controllo nei confronti degli enti locali che hanno al funzione amministrativa. Ma è



possibile immaginare anche altri percorsi in cui si pongono rapporti diretti tra Stato ed Enti locali.

Se ora volgiamo la nostra attenzione ai problemi di programmazione finanziaria a livello regionale, è facile rendersi conto che nel rapporto Regioni ed enti locali la necessità di disporre di informazioni sui costi standard è di importanza non inferiore a quella del modello forte. Infatti anche a livello regionale, in considerazione del pieno potere legislativo di cui tale livello di governo dispone, possano essere deliberati LEP regionali che non coincidono necessariamente con quelli fissati dallo stato (nel senso, in termini logici,  $LEP_{reg} \geq LEP_{stato}$ ). In questo caso è ovvio che nel rapporto tra Regione e zone il riparto delle risorse necessarie alla zona (comprehensive di quelle che la Regione ha ricevute come trasferimento dallo stato) deve prevedere la valutazione del costo standard.

A quale modello (forte o debole) sembra ispirarsi la soluzione adombrata dalla legge delega? La risposta non è semplice. Da un lato la distinzione operata tra funzioni appartenenti ai livelli essenziali, finanziate integralmente dal governo centrale, e altre funzioni, su cui opera oltre a fonti proprie anche il fondo di perequazione, introduce elementi propri del modello forte. Dall'altro lato le indicazioni contenute nella legge delega non operano alcuna distinzione all'interno delle prestazioni a cui corrispondono i Lep. La definizione del fabbisogno standard avviene quindi non funzione per funzione (ad esempio, sanità, servizi per l'infanzia, servizi per la non autosufficienza, ecc.) ma per l'insieme delle funzioni LEP, anche se nella determinazione del fabbisogno finanziario complessivo si potranno utilizzare una serie di indicatori disaggregati. In ogni caso non dovrebbero esservi articolazione del finanziamento per segmenti caratteristici (nidi, non autosufficienza, ecc.). Sotto questo profilo è quindi chiaro che al disegno previsto sembra attagliarsi maggiormente il modello debole, in cui come si è osservato appare più cogente e rilevante la funzione di monitoraggio del livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni offerte dai governo decentrati.

Alla luce delle considerazioni volte nel precedente paragrafo emerge che i requisiti minimali per poter implementare un processo di programmazione finanziaria dei LEP a livello regionale prevedono:

1) un'appropriata disaggregazione dei servizi che sia coerente con l'impostazione nazionale dei LEP (ad esempio servizi di asilo nido, case protette per anziani, servizi di assistenza domiciliare, programmi di trasferimenti monetari di contrasto della povertà, ecc.) in grado di coprire la più elevata percentuale possibile della spesa da monitorare;

2) l'individuazione, in relazione al grado di disaggregazione adottato, della popolazione di riferimento quale indicatore della domanda potenziale;

Per quanto riguarda gli indicatori appare necessario conoscere:

3) il numero dei soggetti trattati nei diversi servizi al fine di calcolare un grado di copertura, misurato, ad esempio, dal rapporto tra utenti e popolazione di riferimento;

4) un set di indicatori qualitativi per ciascun servizio;

5) la stima dei costi standard per utente, estrapolandoli, per necessità, sulla base dei comportamenti storici degli enti sottoposti a controllo, e la misura della variabilità dei costi effettivi rispetto ai costi standard.

Il punto 5) sopra indicato costituisce il punto di partenza per un ulteriore segmento di attività che la programmazione finanziaria può realizzare: la funzione di *benchmarking*.

La considerazione del costo per utente non è purtroppo di per sé un indicatore significativo a tale scopo, perché differenze nel costo per utente possono essere attribuite sia a differenze nell'efficienza produttiva, sia a diversi standard qualitativi. Poiché l'individuazione degli indicatori di qualità è solitamente di difficile definizione, misura e rilevazione, l'interpretazione della variabilità dei costi risulta ambigua.

Il problema potrebbe essere forse affrontato se fosse possibile effettuare la misura del costo al livello della singola unità che produce il servizio (ad esempio il singolo asilo nido o la singola struttura protetta) e se si disponesse di grandezze in grado di discriminare qualità e fattori di costo. Non è certo questo il caso in oggetto, in cui l'unità di riferimento è, per ragioni organizzative, la zona che comprende una molteplicità di "unità produttive" di servizi. La zona non è in alcun modo correlabile con determinanti dei costi.

Pur in questo contesto così avaro di fonti informative l'attività di *benchmarking* può essere utile. Lo scopo è di presentare per ciascun servizio la distribuzione dei costi per zone, lasciando ai responsabili delle zone stesse l'individuazione dei fattori che determinano scostamenti rispetto a valori medi/standard. Si tratta di un primo passo dialogico, che dovrebbe col tempo portare ad individuare le variabili rilevanti da sottoporre a misura e rilevazione.

### **3. Le fonti informative della spesa socio-sanitaria a livello decentrato**

In attesa della predisposizione delle nuove fonti informative prefigurate dalla legge delega, è opportuno domandarsi quali siano al momento attuale le fonti a disposizione per la determinazione della spesa sociosanitaria a livello territoriale disaggregato (zone, distretti). Può essere utile, per inquadrare correttamente l'oggetto del presente contributo, partire dai conti nazionali della protezione sociale relativi all'intero territorio nazionale (Tabella 3.1).

La parte di spesa di cui ci stiamo occupando fa parte dell'aggregato all'interno della spesa per assistenza, indicato come assistenza sociale, che nel 2007 è stata valutata a livello nazionale in 6.916 milioni di euro. Si tratta di spesa sostenuta prevalentemente dalle amministrazioni locali e la cui determinazione era incerta sino alla rilevazione iniziata nel 2005 da parte dell'Istat della spesa sociale dei comuni. A partire dal 2005, che ha censito seppure in modo parziale, le spese del 2003, si dispone di una nuova indagine censuaria annuale (gli ultimi dati disponibili a livello nazionale si riferiscono al 2005) che rappresenta di fatto il punto di riferimento per lo studio dell'articolazione della spesa sociale locale. (vedi Bosi Pesaresi *et al.*).

Tabella 3.1 Conti nazionali della protezione sociale per l'anno 2007

La spesa per la protezione sociale in Italia nel 2007 (milioni di euro)	
<b>1. Pensioni in senso stretto e Tfr</b>	<b>221737</b>
<i>in % del Pil</i>	14,4
<b>2. Assicurazioni del mercato del lavoro</b>	<b>24596</b>
<i>in % del Pil</i>	1,6
<b>3. Assistenza sociale</b>	<b>46488</b>
<i>in % del Pil</i>	3,0
<b>di cui: Assistenza sociale (locale)</b>	<b>6916</b>
<b>4. Sanità</b>	<b>94678</b>
<i>in % del Pil</i>	6,2
<i>in % delle prestazioni per la spesa di protezione sociale riclassificate</i>	24,4
<b>5. Prestazioni per la protezione sociale riclassificate (1+2+3+4)</b>	<b>387499</b>
<i>in % del Pil</i>	25,2

L'obiettivo principale di questo lavoro è fornire indicazioni per valutare in che misura l'indagine Istat possa o meno costituire un momento significativo per compiti di programmazione territoriale della spesa sociale e in particolare per fornire informazioni utili ad intraprendere la stima della spesa standard.

In questo percorso si assumerà come punto di partenza l'indagine Istat citata *che verrà tuttavia integrata sulla base di nuove fonti informative*. Anticipando considerazioni su cui ci soffermeremo in dettaglio più oltre, uno degli aspetti innovativi del nostro esercizio è di mettere a fuoco la spesa sostenuta dal sistema sanitario e, in quanto tali, censite solo in parte dall'Indagine Istat, che hanno comunque una natura socio-sanitaria e che meritano quindi di essere considerate nella ricerca di una definizione di questo aggregato più corretta e comprensiva. In termini contabili l'esito di questo esercizio è quello di spostare parte della spesa di protezione sociale dal capitolo della spesa sanitaria a quello dell'assistenza.

### 3.1 La struttura dell'indagine Istat sulla spesa sociale in Italia

L'indagine Istat rileva la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni, distinguendo la quota della stessa gestita direttamente o attraverso esternalizzazioni, la quota finanziata da trasferimenti da parte dell'Ausl e il contributo ai servizi ricevuti da parte degli utenti. L'indagine fornisce i dati di spesa articolati secondo una pluralità di criteri, di cui i più rilevanti sono *l'area di utenza, la tipologia dell'intervento e la titolarità della gestione*, secondo lo schema qui tracciato.

Sotto il profilo *funzionale* la classificazione è articolata in:

- *aree* (8), che identificano diverse categorie di utenza (famiglia, anziani, dipendenze, immigrati, ecc.)

Sotto il profilo della *tipologia* dell'intervento, la spesa è articolata in:

- *gruppi* (3), che identificano diverse tipologie di intervento: interventi (di supporto, assistenza domiciliare, ecc.), trasferimenti monetari, servizi offerti in strutture (come asili, residenze protette). I gruppi sono articolati

in sezioni (12) e in elementi (in numero variabile per sezione). Gli elementi (oltre 200) rappresentano l'unità più fine di definizione di tipologie di servizi.

Sotto il profilo della *titolarità*, la classificazione della spesa è articolata in:

- *modalità di gestione* (3): gestione del Comune, gestione dell'Ente associato e gestione del Distretto sanitario.

#### Area

Famiglia e minori

Giovani

Disabili

Dipendenze

Anziani

Immigrati

Disagio adulti

Multiutenze

#### Gruppi e Sezioni

##### Interventi

Servizio Sociale Professionale

Integrazione sociale

Interventi e servizi educativo- assistenziali e per l'inserimento lavorativo

Assistenza domiciliare a famiglie con minori

Servizi di supporto

Segretariato sociale, sportello sociale, accesso unitario alla rete servizi

Prevenzione e sensibilizzazione

Azioni di sistema e spese di organizzazione

##### Trasferimenti monetari

##### Strutture

Strutture a ciclo diurno o semiresidenziali

Strutture comunitarie e residenziali

Pronto intervento sociale

Per ciascuna combinazione dei criteri di classificazione sopra indicati è rilevata la spesa *lorda* e, ove possibile e concettualmente non ambiguo, il *numero degli utenti* e/o il numero delle *prestazioni*.

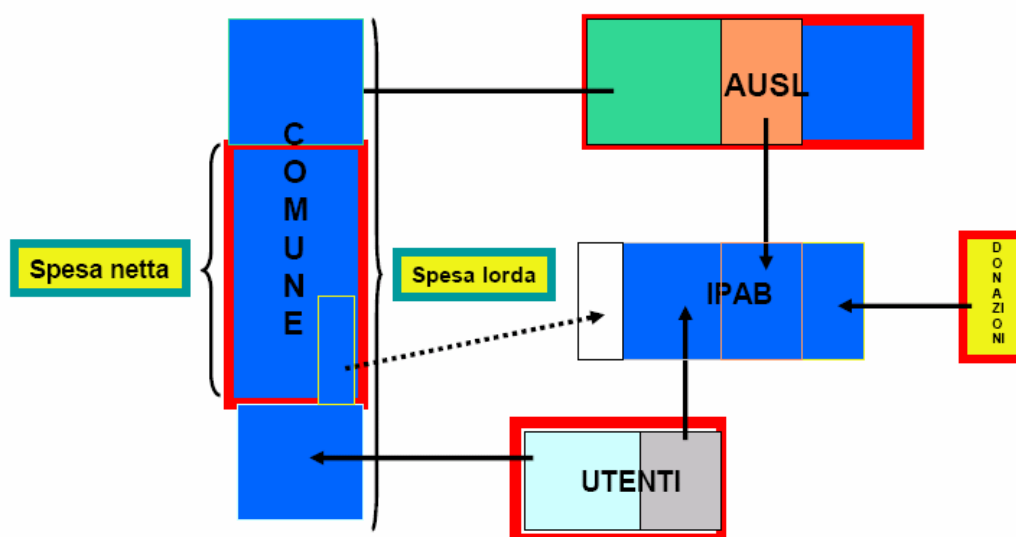
La **spesa lorda** rappresenta il complesso delle somme erogate dall'unità di analisi. Include quindi la spesa dei comuni e delle unioni per erogare servizi, sia prodotti direttamente dall'ente, sia offerti attraverso processi di esternalizzazione (da Ipab, enti non profit o privati convenzionati con il comune).

La spesa lorda include anche la *compartecipazione al costo* dei cittadini, ove presente, e il contributo alla spesa da parte delle autorità sanitarie. Se dalla spesa lorda si sottraggono queste due voci, si ottiene la **spesa netta**, pari dunque alla differenza tra spesa lorda, compartecipazione utenti e contributo del Servizio sanitario.

La spesa lorda rappresenta la misura più appropriata per valutare il *costo* di un dato elemento di spesa con riferimento ad un dato universo di destinatari del servizio. La

spesa netta è invece indicativa della misura in cui il finanziamento del servizio grava sul bilancio del Comune.<sup>4</sup>

Flussi finanziari tra attori della spesa sociale



### 3.2. Proposte di estensioni dell'Indagine Istat

La rilevazione della spesa dei comuni non è però sufficiente per avere un'idea completa del costo dell'attività di produzione dei servizi sociali e del riparto del peso finanziario tra i diversi attori. Una parte della misura del costo dei servizi offerti resta infatti non censita dall'indagine Istat: dal momento che vengono analizzati i servizi offerti dai comuni, vengono rilevate solo quelle spese che transitano effettivamente per i bilanci comunali. Se in un determinato distretto, un servizio è organizzato in modo tale da far transitare le risorse per un canale diverso da quello del bilancio comunale, il confronto territoriale può risultare fuorviante, dal momento che la spesa rilevata dall'indagine Istat è solo una parte di quella complessivamente erogata nella realtà. Il quadro è poi complicato dalla presenza di trasferimenti incrociati tra i diversi attori.

Per una comprensione corretta dei dati che verranno analizzati è utile fare riferimento allo schema che precede, in cui sono rappresentati tutti gli attori della spesa sociale: il comune (singolo o in forma associata), l'AUSL, le ex Ipab (oggi Asp), gli utenti e i donatori.

Un'analisi compiuta dovrebbe essere in grado di mettere in luce **sia chi produce il servizio sia chi ne sostiene il costo**, tenendo conto delle interrelazioni finanziarie che intercorrono tra gli attori.

Per quanto riguarda **la produzione del servizio**, essa viene svolta principalmente dai Comuni e unioni (in forma diretta o mediante esternalizzazione/trasferimenti a Ipab, enti non profit e enti privati). Nella rilevazione dell'Istat, che come detto ha come

<sup>4</sup> Su queste definizioni e per un'analisi anche dei dati preventivo del 2005 si veda Regione Emilia Romagna, 2006.

oggetto i comuni e le unioni, tutte queste spese sono rilevate e rappresentate, nello schema, dal rettangolo *blu* relativo ai Comuni.

Queste spese non esauriscono l'offerta dei servizi perché una parte è fornita anche dalle Ipab, che in parte utilizzano risorse provenienti da altri soggetti. Nello schema questa componente di spesa (che esclude i trasferimenti che le Ipab ricevono dai comuni e che quindi risultano già contabilizzate nello schema nell'area blu relativa al comune) è rappresentata dall'area *blu* relativa alle Ipab.

Una terza componente dell'offerta di servizi è attribuibile alle Ausl, che sostengono spese per servizi sociali finanziandole direttamente (ad esempio le spese per infermieri e medici, o per servizi di riabilitazione gestiti direttamente dall'Ausl). Questa componente è individuata dall'area *blu* nel rettangolo relativo alle Ausl.

La somma delle aree blu nello schema rappresenta il costo complessivo dei servizi e la loro articolazione per ente produttore. L'analisi condotta con i dati Istat sarebbe in grado di considerare solo il rettangolo blu relativo ai comuni e trascurerebbe quindi le componenti blu delle Ausl e delle Ipab.

Per rispondere in modo esauriente alla domanda di **chi paga per i servizi** sociali prodotti è poi necessario tenere conto dei trasferimenti che intercorrono tra enti. Sempre con riferimento allo schema, si è già visto che i comuni ricevono trasferimenti dall'Ausl e dai cittadini utenti dei servizi. (Nella logica che presiede la costruzione dell'indagine Istat, i comuni non fanno trasferimenti agli altri enti dell'amministrazione pubblica, dato che la loro spesa include anche quella fatta mediante trasferimenti a enti convenzionati e Ipab).

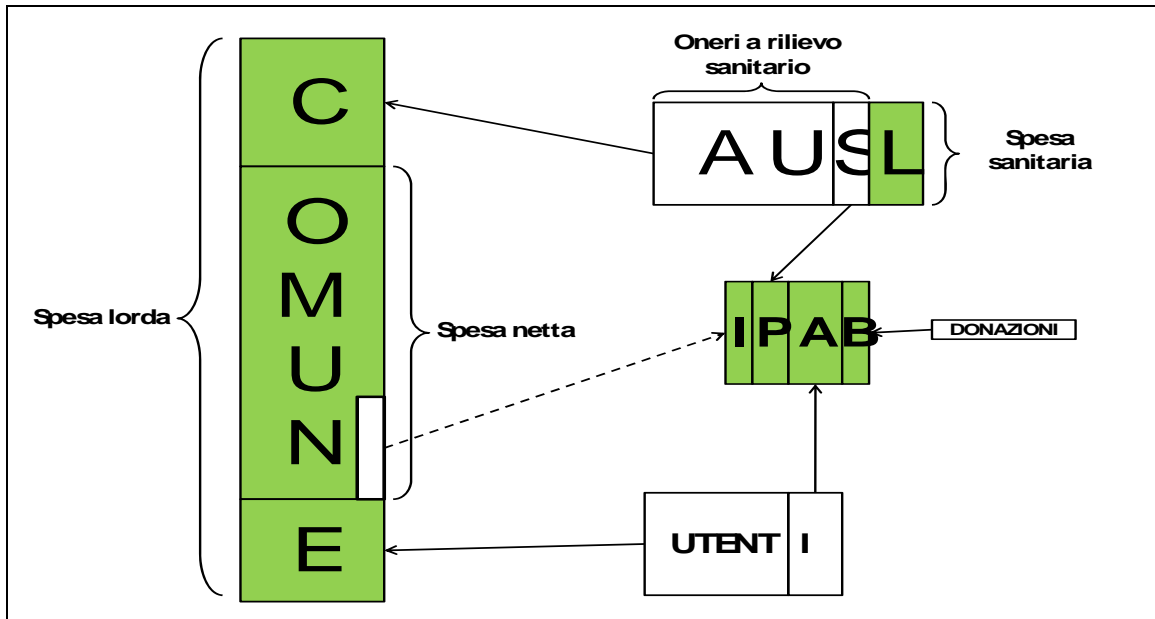
Le Ausl fanno trasferimenti non solo ai Comuni, ma anche direttamente alle Ipab. Esse non ricevono alcun trasferimento dagli altri attori. I beneficiari dei servizi contribuiscono al costo dei servizi con compartecipazioni che affluiscono ai comuni e anche alle Ipab. Infine, le Ipab svolgono la propria attività di produzione di servizi ricevendo mezzi finanziari dai Comuni, dall'Ausl, dagli utenti e da altre entrate tra cui le donazioni di privati. Le Ipab sono istituzioni che non sopportano direttamente alcun costo dei servizi, dato che a fronte delle spese si hanno sempre trasferimenti da parte degli altri attori.

Riprendendo lo schema possiamo ora evidenziare, nelle figure che seguono, in colore verde chi produce il servizio e in colore rosso chi ne sostiene il costo con la relativa ripartizione di spesa (vedi gli schemi a lato).

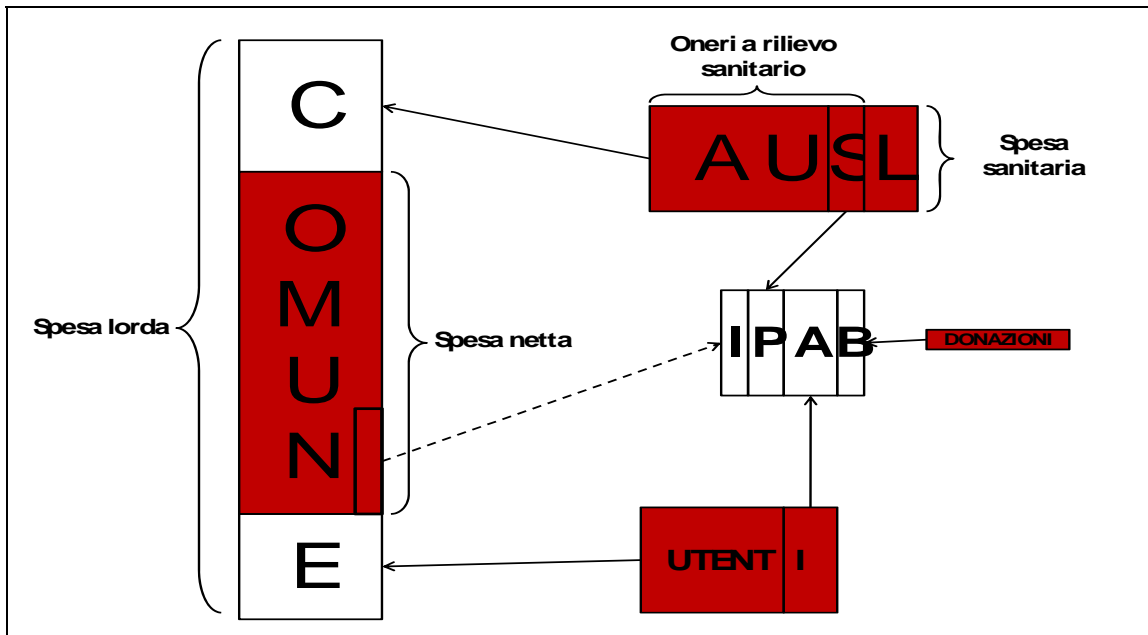
Tra gli attori pubblici presi in considerazione, i **produttori** del servizio sono il Comune, l'Azienda Sanitaria e le Ipab, con strutture residenziali o centri diurni (per anziani o disabili), in verde nello schema.

Il **costo** dei servizi è invece sostenuto dai Comuni (singoli o associati) per la parte di spesa netta (secondo la terminologia dell'Indagine Istat, al netto della compartecipazione utenti e SSN), dall'Ausl (attraverso oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria), dagli utenti e dai soggetti che effettuano donazioni alle Ipab, in rosso nello schema.

### Chi produce il servizio



### Chi sostiene il costo



#### 4. Una ricostruzione della spesa socio-sanitaria *complessiva* per distretti nella Provincia di Modena nel 2006<sup>5</sup>

Sulla base di questi due aspetti critici della rilevazione Istat è quindi emersa la necessità di cercare di fornire una ricostruzione più completa ed attendibile dei flussi finanziari in gioco. La strategia che abbiamo seguito nella ricostruzione del quadro finanziario si è dipanata in base ai seguenti criteri.

1. Si è adottato come punto di partenza la rilevazione dell'Istat esclusivamente per le componenti della spesa netta e per la componente della compartecipazione da parte dei beneficiari. Le informazioni rilevanti per il 2006 – non ancora rese disponibili da parte dell'Istat – sono state fornite direttamente dai responsabili degli uffici di piano distrettuali.

2. La rilevazione dei trasferimenti dall'Ausl ai Comuni, rilevata dall'Istat, è stata sostituita da una ricostruzione dei dati, effettuata assumendo come punto di riferimento le informazioni fornite dall'Ausl, sulla base di una rilettura dei bilanci dell'ente stesso. Tale fonte informativa dovrebbe infatti garantire un grado di attendibilità più elevato.

3. Sempre ricorrendo come fonte informativa ai bilanci dell'Ausl, si è potuto rilevare sia la componente della spesa socio-sanitaria sostenuta dall'Ausl direttamente (il dettaglio di questo tipo di spese è fornito più avanti) sia i trasferimenti che l'Ausl effettua a istituzioni diverse dai comuni e dalle unioni, come le Ipab e, in misura più limitata, ad altre istituzioni che forniscono servizi socio-sanitari.

4. Al fine di integrare il quadro informativo con le componenti di spesa che coinvolgono le ex-Ipab/Asp, è stata utilizzata come fonte informativa la Provincia che dispone di dati completi relativi ai bilanci delle ex-Ipab/Asp che operano nel suo territorio.

Seguendo questa strategia – che ha quindi comportato un allargamento delle fonti informative, la sostituzione in alcuni casi di fonti più certe a fonti meno certe e la ridefinizione della dimensione della spesa socio-sanitaria – è stato possibile fornire, articolandola per distretti e per le grandi aree di intervento funzionale, una ricostruzione della spesa per il 2006.

Tale ricostruzione rappresenta un primo e riteniamo importante contributo alla realizzazione di un quadro informativo completo. Rimangono ancora alcuni raffinamenti da compiere, ma i passi sin qui compiuti inducono a sperare che l'obiettivo di una costruzione completa ed attendibile sia realizzabile e che essa possa essere replicata in futuro, consentendo il monitoraggio della dinamica della spesa.

Qualora questa impostazione venga applicata anche agli anni successivi, tra i passi più rilevanti che si dovranno affrontare, vi è naturalmente l'analisi delle informazioni che riguardano l'utilizzo del fondo per la non autosufficienza per anziani e disabili decollato

---

<sup>5</sup> Alla produzione dei dati di questo paragrafo è stato prezioso il contributo di Cinzia Zanoli e di Loris Monelli, che hanno ricostruito i dati di fonte Ausl, e, per la loro interpretazione, l'aiuto di Marcello Burgoni e di Massimo Brunetti. La ricostruzione qui fornita costituisce un ampliamento della ricerca iniziata in Bosi, Bretoni, Lorenzini, 2008.



nel 2007, nonché l'integrazione nello schema delineato delle istituzioni no profit per la parte di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

Nella messa a punto della strategia di ricostruzione dei dati ora ricordata e soprattutto nella ridefinizione della spesa, è emersa con evidenza l'opportunità di presentare i dati finanziari seguendo un duplice profilo, che è d'altra parte del tutto ragionevole e condiviso dagli studiosi di economia pubblica in un contesto in cui le funzioni di produzione e di finanziamento dei servizi non sono sempre perfettamente sovrapposte (il c.d. welfare mix). Una volta ricostruita la dimensione corretta della spesa, si è infatti proceduto ad articolare spese ed attori a seconda della funzione di produzione o della funzione di finanziamento della spesa stessa. Questa esigenza non era purtroppo chiara nell'impostazione della rilevazione dell'Istat. L'esistenza di questa problematica è stata parzialmente colta dalla Regione Emilia Romagna, che nel procedere alla realizzazione della rilevazione Istat ha richiesto alle unità di rilevazione alcune informazioni supplementari, volte a chiarire alcuni aspetti dell'intreccio finanziario tra gli enti che partecipano al processo di produzione dei servizi socio-sanitari. In questa sede si è compiuto un ulteriore passo avanti, proponendo un quadro più chiaro e completo delle relazioni finanziarie rilevanti.

A tale scopo questa sezione della ricerca è organizzata nel modo seguente. Nel paragrafo 4.1 si forniscono alcune delucidazioni di carattere metodologico volte a chiarire il contenuto specifico di alcuni flussi di spesa e a valutare l'attendibilità e i limiti delle ricostruzioni compiute dei dati finanziari. Nel paragrafo 4.2. si presenta la ricostruzione della spesa complessiva per distretti secondo la strategia sopraindicata, che tiene conto delle fonti statistiche aggiuntive. Nel paragrafo 4.3., infine, i dati vengono ricomposti secondo la duplice dimensione del finanziamento e della produzione dei servizi.

#### *4.1 Aspetti metodologici della ricostruzione della spesa socio-sanitaria*

Il più importante arricchimento per lo svolgimento del lavoro per ciò che riguarda le fonti informative è rappresentato dal contributo apportato dall'Ausl, che ha fornito informazioni più precise rispetto a quelle riscontrate nei questionari dell'indagine Istat, permettendo in questo modo di effettuare un confronto più attendibile tra i distretti, e di ottenere un valore di spesa complessivo molto più vicino al reale costo sostenuto per l'offerta di cui i cittadini possono disporre.

L'indagine Istat evidenzia una cospicua e importante quota di spesa sociale (pur in modo incompleto non prendendo in considerazione le istituzioni no profit, come sopra accennato) ma ne trascurava un'altra, altrettanto rilevante. Il Servizio Sanitario, infatti, trasferisce, da un lato, risorse finanziarie, definite come **oneri a rilievo sanitario** (o, nell'indagine Istat, Compartecipazione del SSN) ai comuni e/o alle unioni oggetto della rilevazione Istat, alle ex-Ipab/Asp, oltre che a tutte le strutture private per i posti convenzionati, gestite da cooperative sociali o da privati. Gli oneri a rilievo sanitario sono quindi trasferimenti in denaro che il servizio sanitario eroga agli enti gestori del servizio stesso contribuendo a sostenerne il costo. Nello specifico, i servizi per i quali il

servizio sanitario concorre a sostenere la spesa attraverso oneri a rilievo sanitario sono elencati per area di utenza e per gruppo di sezione nello schema che segue.

Area	Gruppo di sezione	Elemento
Anziani	Interventi e servizi	Assegno di cura
	Interventi e servizi	Assistenza domiciliare socio assistenziale
	Strutture	Centri diurni
	Strutture	Strutture residenziali
Dipendenze	Interventi e Servizi	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, ergoterapie
	Strutture	Altro (interventi su strada e centri prima accoglienza, appartamenti e assistenza domiciliare, centri di riabilitazione semiresidenziale, rette centri residenziali per malati di AIDS)
	Strutture	Strutture residenziali
Disabili	Interventi e Servizi	Altro (sussidi, ginnastica nuoto ecc.)
	Interventi e Servizi	Assegno di cura
	Interventi e Servizi	Assistenza domiciliare disabili adulti
	Interventi e Servizi	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
	Interventi e Servizi	Assistenza domiciliare socio assistenziale
	Interventi e Servizi	Sostegno all'inserimento lavorativo
	Strutture	Centri diurni
	Strutture	Ludoteche/laboratori protetti
Famiglia e Minori	Interventi e Servizi	Attività riabilitative NPI ginnastica, nuoto, musica
	Strutture	Centri diurni NPI
	Strutture	Strutture residenziali
Povertà e disagio	Interventi e Servizi	Assistenza domiciliare psichiatrica
	Interventi e Servizi	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo di pazienti psichiatrici ergoterapia
	Interventi e Servizi	Laboratori protetti
	Strutture	Centri diurni specifici per disagio mentale
	Strutture	Strutture residenziali per le altre categorie del disagio psichico
	Strutture	Strutture residenziali, più appartamenti protetti per le altre categorie del disagio psichico
	Interventi e Servizi	Altri servizi , nuoto, attività riabilitative

Inoltre, il Servizio Sanitario sostiene quei costi prettamente sanitari, quali: la fornitura di farmaci, di prestazioni mediche, paramediche ed infermieristiche destinate ad anziani ospiti di strutture residenziali, frequentanti centri diurni o che necessitano di assistenza al proprio domicilio. Si tratta di **spese sanitarie** che, proprio perché sostenute all'interno di strutture residenziali o nell'ambito dell'assistenza domiciliare, appare del tutto ragionevole imputare al costo dei servizi socio-sanitari, dal momento che senza di esse il servizio non potrebbe realizzarsi.

La spesa che l'Ausl eroga per il finanziamento e la produzione dei servizi socio-sanitari può pertanto essere suddivisa in due componenti, che di seguito si definiscono **oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria**.

Come si può notare dall'elencazione degli oneri a rilievo sanitario sopra fornita, appare chiaro che il ruolo dell'Ausl è rilevante solo in alcune della macro aree funzionali della spesa socio-sanitaria. Il suo intervento è infatti forte soprattutto nell'area Anziani e in misura meno rilevante nelle Aree Disabili, Dipendenze, Povertà e disagio socio-economico. Molto modesto è il ruolo nell'area Famiglia e minori, per le quali gli oneri a rilievo sanitario riguardano i servizi rivolti a bambini con problemi neuropsichiatrici, essenzialmente, centri diurni, strutture residenziali e attività riabilitative. Del tutto assente, il ruolo dell'Ausl, nelle aree riguardanti i Giovani, gli Immigrati e nell'area Multiutenza.

In particolare, per i servizi destinati a persone anziane l'Ausl finanzia l'assistenza domiciliare, gli assegni di cura e le strutture, siano esse residenziali o semiresidenziali. Queste ultime sono finanziate non solo attraverso trasferimenti agli enti gestori (oneri a rilievo sanitario) ma anche fornendo assistenza infermieristica, medica, riabilitativa e farmaceutica (spesa sanitaria). Importante risulta anche il contributo per servizi destinati a soggetti disabili, che interessa, oltre assegni di cura, interventi relativi a strutture residenziali e comunitarie, ginnastica, nuoto, mediazione culturale, ludoteche e laboratori protetti, sostegno all'inserimento lavorativo o assistenza domiciliare per minori disabili. Il contributo dell'Ausl per l'area di utenza Dipendenze si concentra sul finanziamento di strutture residenziali e su interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento, quali ad esempio l'ergoterapia. I servizi per l'area Dipendenze sono erogati anche a favore di soggetti che si trovano in condizioni di povertà socio-economica, per i quali l'Ausl finanzia anche parte di interventi quali attività riabilitative, laboratori protetti, strutture residenziali per soggetti con disagio mentale.

Ciò che verrà presentato in questa ricerca rappresenta però solo un primo passo per l'integrazione tra i dati Istat e i dati Ausl. Vi sono ancora dubbi interpretativi e allocazione dei costi da rivedere. Qui ci limitiamo ad indicare alcuni aspetti di maggiore rilievo.

Ai fini della articolazione della spesa sociale tra gli attori che operano nel e per il settore, la suddivisione tra oneri a rilievo sanitario e spesa sanitaria può al momento essere compiuta solo per i servizi per gli anziani, essenzialmente strutture residenziali e centri diurni perché, pur esistendo tale suddivisione anche per i servizi destinati alla neuropsichiatria infantile e alla tossicodipendenza, i centri che erogano tali servizi fanno pervenire all'Ausl la spesa totale senza la suddivisione fra questi due tipi di spesa.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Per completezza di esposizione ci sono ancora altri punti da annotare nell'interpretazione da dare ai dati che verranno presentati successivamente nel lavoro. Infatti, all'interno dell'area Anziani è stato possibile evidenziare solo quanta parte degli oneri a rilievo sanitario viene trasferita dall'Ausl alle Ipab. Non è invece stato possibile, per ora, disaggregare i trasferimenti di risorse ai comuni da quelli a cooperative o a società private per posti convenzionati, aggregando questa seconda parte alla prima. I trasferimenti in questione risulteranno quindi lievemente sovrastimati. Infine, sotto il profilo della correttezza dei dati per aree funzionali, va ricordato che a causa dell'impossibilità di suddividere la spesa prettamente sanitaria dagli oneri a rilievo sanitario per quei servizi destinati a tossicodipendenti e bambini con problemi neuropsichiatrici, la stima del dato riferito alla spesa sanitaria sostenuta dall'Ausl risulta leggermente falsata per difetto in quanto il dato è stato integralmente imputato come onere a rilievo sanitario. Per contro, il dato degli oneri a rilievo

Una seconda fonte informativa, addizionale all'indagine Istat e ai bilanci dell'Azienda sanitaria utilizzata in questo lavoro, è costituita dai dati dei bilanci delle Ipab, soggetti che, nella provincia di Modena, erogano servizi essenzialmente a persone anziane e a disabili, che si finanziano attraverso trasferimenti forniti dal Comune e dall'Ausl, da donazioni, da altre entrate e da somme elargite direttamente dagli utenti il servizio. Tali dati sono stati messi a disposizione dalla Provincia, elaborati dall'"indagine sui presidi residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali". Partendo dal presupposto che si abbia totale corrispondenza fra il valore dei servizi prodotti e le fonti del loro finanziamento si è potuto valutare l'apporto produttivo di queste istituzioni.

Alla luce di tutte le informazioni raccolte e dopo un proficuo lavoro di coordinamento con l'Ausl, il risultato raggiunto mira ad evidenziare, da un lato, chi produce il servizio e, dall'altro, chi lo paga. Il percorso ricostruttivo dei flussi finanziari non è dunque partito da un unico e organico insieme di bilanci da consolidare, ma è il risultato dell'integrazione di dati che misurano entrate, con dati che provengono da rilevazione dei costi di bilanci diversi, organizzati in modo da fornire una rappresentazione il più lineare possibile delle relazioni finanziarie tra attori nell'attività di finanziamento e produzione di servizi.

In una fase successiva della ricerca, ci auguriamo di potere sciogliere alcuni dei nodi problematici ora ricordati e cercheremo di interrogarci, sulla base dell'integrazione con i responsabili dei distretti, sulla classificazione e definizione dei servizi, sulla suddivisione degli stessi nelle aree di utenza considerate, che per ora hanno assunto come punto di riferimento la indispensabile rilevazione dell'indagine Istat.

#### 4.2 *La ricostruzione della spesa sociosanitaria*

La tabella 4.1 contiene la ricostruzione della spesa sociosanitaria complessiva per i distretti della Provincia di Modena nel 2006.

Le colonne, per semplicità di esposizione, sono state numerate progressivamente da sinistra a destra, da 1 fino a 11, colonna in cui troviamo il totale della spesa sociale e che è data dalla somma tra:

1. la spesa sostenuta dal Comune, definita in questo lavoro come spesa netta, per l'erogazione dei servizi gestiti direttamente dallo stesso (colonna 1) e che abbiamo estrapolato dall'indagine censuaria sui servizi e gli interventi sociali dei comuni dell'Istat;
2. la spesa sostenuta direttamente dagli utenti (colonna 5), sia da quelli che usufruiscono di servizi gestiti dal comune (colonna 3), dato estrapolato dall'indagine Istat, sia da quelli che usufruiscono di servizi erogati dalle Ipab (colonna 4), dato fornito dalla Provincia;
3. l'ammontare pervenuto alle Ipab tramite donazioni e altre entrate (colonna 6), dato fornito dalla Provincia;

4. la spesa sostenuta dall'Ausl (colonna 10) sia sottoforma di oneri a rilievo sanitario (colonna 7) che sottoforma di spesa sanitaria (colonna 9), dato fornito dall'Azienda Sanitaria di Modena.

Le colonne 2 e 8 sono parziali del totale che sta alla loro sinistra ed indicano, rispettivamente, la parte di spesa netta che il Comune trasferisce alle Ipab e la parte di oneri a rilievo sanitario che compariranno nel bilancio Ipab come entrate provenienti dall'Azienda Sanitaria.

*Tabella 4.1 Spesa sociale totale per interventi e servizi sociali erogati da comune (singolo o associato) Ipab e Ausl per distretto nel 2006 – Milioni di euro*

Distretto	Spesa Comune (singolo/ass.to) al netto della compartecipazione utenti e SSN		Compartecipazione utenti			Donazioni/altre entrate Ipab	Spesa erogata dal SSN				Totale spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/Ipab
							Oneri a rilievo sanitario	Spesa sanitaria	Totale spesa erogata dal SSN		
	Mln	di cui alle Ipab	al Comune	alle Ipab	Totale		Totale	di cui alle Ipab	Totale	Mln	
			Mln	Mln	Mln						
1	2	3	4	5=3+4	6	7	8	9	10=7+9	11=1+5+6+10	
Carpi	19,0	0,80	3,2	3,5	6,7	0,0	7,3	1,6	1,2	8,5	34,3
Mirandola	10,2	0,38	5,2	3,1	8,4	0,3	7,1	1,9	2,1	9,2	28,1
Modena	47,1	0,56	10,4	0,7	11,1	0,1	17,4	0,0	3,5	20,9	79,2
Sassuolo	16,5	0,27	3,5	2,0	5,6	0,1	7,6	1,4	1,8	9,5	31,7
Pavullo	3,3	0,02	1,0	0,8	1,8	0,1	4,0	0,3	1,4	5,4	10,7
Vignola	10,1	0,14	2,7	1,2	3,9	0,1	6,8	0,8	1,2	8,0	22,2
Castelfranco	9,0	0,11	2,5	1,7	4,2	0,3	3,9	1,0	0,9	4,9	18,3
<b>Provincia</b>	<b>115,2</b>	<b>2,27</b>	<b>28,6</b>	<b>13,2</b>	<b>41,8</b>	<b>1,1</b>	<b>54,1</b>	<b>7,1</b>	<b>12,3</b>	<b>66,4</b>	<b>224,4</b>

**L'integrazione dei dati realizzata porta a stimare in 224,4 milioni la spesa socio-sanitaria nella provincia nel 2006, che corrispondono a 335 euro procapite.**

Per apprezzare anche dal punto di vista quantitativo il rilievo dell'attività di integrazione dei dati realizzato in questo lavoro può essere interessante osservare la tabella 4.2 che mostra le differenze, per distretti, della spesa complessiva secondo la nostra ricostruzione, in cui si sono aggiunte le informazioni provenienti dai due attori dei servizi di assistenza sociale quali l'Ausl, come produttore e finanziatore, e le Ipab, come produttrici, oltre all'aggregato della spesa lorda fornito dall'indagine Istat. Sul totale provinciale l'integrazione delle fonti ha portato all'individuazione di **58 milioni di spesa addizionale**, pari al 25,8% della spesa per servizi sociali e assistenziali con variazioni che vanno dal 53,8% per il distretto di Pavullo al 13,4% del distretto di Modena.

La tabella mette anche in luce, con riguardo al capoluogo, che nel distretto di Modena molti servizi sono, comparativamente ad altri distretto, gestiti direttamente dal Comune e non da altri soggetti. Infatti, la spesa dichiarata nel questionario Istat dal Comune di Modena già si avvicina di molto alla spesa sociale complessiva definita in questa parte del lavoro.

Di qualche interesse è anche la tabella 4.3 in cui si confronta la spesa complessiva qui ricostruita e la spesa lorda Istat per aree di intervento. L'area in cui si evidenziano le integrazioni di maggior intensità, in valori assoluti, è, come detto, quella degli anziani. Rilevanti sono le correzioni per le dipendenze, in cui si registra l'aumento massimo della spesa in termini percentuali (88,6%). L'aumento, in termini assoluti, varia da 0,6 a 4,8 milioni di euro. Anche l'area Povertà e disagio ha risentito sensibilmente dell'integrazione, che ha portato la spesa a lievitare del 54,5%, seguita dai servizi destinati alle persone anziane (41%) e infine all'area Disabili (21,8%). Un leggero aumento è stato registrato anche per l'area Famiglia e minori: ciò che incide maggiormente a questo proposito sono i servizi destinati ai bambini con problemi neuropsichiatrici perché finanziati dal Servizio Sanitario. Le aree non toccate risultano essere, oltre alla multiutenza, quelle riferite a servizi destinati ai giovani e a immigrati.

Tabella 4.2 Spesa socio-sanitaria complessiva e spesa lorda Istat per distretto – Anno 2006 –

Distretto	Totale spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/Ipab	Spesa lorda (Istat)	Variazione di spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/Ipab	
	Milioni	Milioni	Milioni	%
Carpi	34,3	24,6	9,7	28,3
Mirandola	28,1	17,5	10,5	37,5
Modena	79,2	68,6	10,6	13,4
Sassuolo	31,7	23,4	8,3	26,1
Pavullo	10,7	4,9	5,7	53,8
Vignola	22,2	14,8	7,4	33,2
Castelfranco	18,3	12,6	5,7	31,2
<b>Provincia</b>	<b>224,4</b>	<b>166,5</b>	<b>57,9</b>	<b>25,8</b>

Tabella 4.3 Spesa socio-sanitaria complessiva e spesa lorda Istat per area di utenza – Anno 2006

Distretto	Totale spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/Ipab	Spesa lorda (Istat)	Variazione di spesa dopo l'integrazione Istat/Ausl/Ipab	
	Milioni	Milioni	Milioni	%
<i>Anziani</i>	96,1	56,7	<b>39,4</b>	<b>41,0</b>
<i>Dipendenze</i>	4,8	0,6	<b>4,3</b>	<b>88,6</b>
<i>Disabili</i>	34,5	27,0	<b>7,5</b>	<b>21,8</b>
<i>Famiglia e minori</i>	66,3	65,5	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>
<i>Giovani</i>	2,2	2,2	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Immigrati</i>	3,4	3,4	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Multiutenza</i>	6,2	6,2	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Povert� e disagio</i>	10,9	5,0	<b>5,9</b>	<b>54,5</b>
<b>Provincia</b>	<b>224,4</b>	<b>166,5</b>	<b>57,9</b>	<b>25,8</b>

#### 4.3 Chi produce e chi finanzia i servizi sociosanitari nei distretti della Provincia di Modena

È possibile ora disaggregare e ricomporre i dati della spesa sociosanitaria per distretti alla luce delle categorie “produzione” e “finanziamento” sopra delineate.

Le tabelle 4.4.1.a e 4.4.2.a rappresentano il punto di arrivo pi  significativo di questa ricerca e forniscono le informazioni rilevanti con riferimento ai **valori assoluti**, in euro. Le tabelle 4.4.1.b e 4.4.2.b forniscono per le stesse articolazioni i dati relativi alle **spese procapite** sul totale della popolazione residente al 31/12/06.

Iniziando dai dati assoluti relativi a **chi produce i servizi** (tab.4.4.1.a), il contributo pi  elevato   naturalmente quello dei Comuni, che spendono 188,55 milioni di euro pari all'84% della spesa complessiva. La spesa sostenuta dalle ex-Ipab/Asp per la produzione di servizi assistenziali   di 23,6 milioni di euro, il 10,5% del totale della spesa sociale. L'Ausl produce servizi per 12,3 milioni, il 5,5% del totale.

Osservando gli stessi dati dal punto di vista di **chi finanzia i servizi** (tab.4.4.1.a), il Comune sopporta pi  della met  della spesa con 115,24 milioni di euro, seguito dall'Ausl con 66,4 milioni (il 29,6%). Gli utenti che usufruiscono dei servizi sociali partecipano al costo per 42 milioni di euro, pari al 18,6%. La percentuale di donazioni ed altre entrate   irrisoria, poco pi  di un milione di euro, 0,5% del totale della spesa sociale.

Le tabelle 4.4.1.b. e 4.4.2.b propongono invece , per produttori e finanziatori, la spesa in termini procapite, oltre ad indici di composizione della stessa. L'ultima colonna della tab.4.4.1.b mostra che anche dopo le integrazioni fatte permane una rilevante differenza nella spesa procapite che vede il capoluogo con una spesa superiore di oltre il 30% alla media; i distretti di Carpi e Mirandola si attestano sui valori medi; mentre gli

altri hanno un deficit del 20% rispetto alla media. Come già osservato, il gap del distretto di Pavullo, osservato analizzando la spesa lorda dell'Istat, risulta sostanzialmente colmato rispetto a questo terzo sottoinsieme di distretti. Il distretto di Modena mostra poi una struttura dell'offerta nettamente differenziata rispetto a quella degli altri distretti con un contributo molto modesto dell'AUSL e delle Ipab.

Interessante è poi la distribuzione della partecipazione degli utenti. In media essa è pari al 18% del costo dei servizi. Si può tuttavia osservare che la variabilità di questo indicatore è molto pronunciata: raggiunge a Mirandola il 29,8% e a Castelfranco il 22,9%.

Una più puntuale interpretazione di questi andamenti verrà tuttavia fatta emergere con elaborazioni e commenti più approfonditi nei paragrafi successivi, dove verranno presi in esame due particolari servizi destinati agli anziani non autosufficienti, quali strutture residenziali e centri diurni. L'obiettivo del presente paragrafo, è stato quello di fornire prime indicazioni della linea di ricerca intrapresa.

Tabella 4.4.1.a Spesa socio-sanitaria complessiva per **produttori** dei servizi e per distretti nel 2006 Milioni di euro

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Spesa sociale complessiva
Carpi	27,1	1,2	6,0	<b>34,3</b>
Mirandola	20,3	2,1	5,7	<b>28,1</b>
Modena	74,3	3,5	1,3	<b>79,2</b>
Sassuolo	26,0	1,8	3,8	<b>31,7</b>
Pavullo	7,9	1,4	1,3	<b>10,7</b>
Vignola	18,6	1,2	2,3	<b>22,2</b>
Castelfranco	14,2	0,9	3,2	<b>18,3</b>
<b>Provincia</b>	<b>188,5</b>	<b>12,3</b>	<b>23,6</b>	<b>224,4</b>
<b>%</b>	<b>84,0</b>	<b>5,5</b>	<b>10,5</b>	<b>100</b>

Tabella 4.4.2.a Spesa socio-sanitaria complessiva per **finanziatori** dei servizi e per distretti nel 2006 - Milioni di euro

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donatori	Spesa sociale complessiva
Carpi	19,0	8,5	6,7	0,0	<b>34,3</b>
Mirandola	10,2	9,2	8,4	0,3	<b>28,1</b>
Modena	47,1	20,9	11,1	0,1	<b>79,2</b>
Sassuolo	16,5	9,5	5,6	0,1	<b>31,7</b>
Pavullo	3,3	5,4	1,8	0,1	<b>10,7</b>
Vignola	10,1	8,0	3,9	0,1	<b>22,2</b>
Castelfranco	9,0	4,9	4,2	0,3	<b>18,3</b>
<b>Provincia</b>	<b>115,2</b>	<b>66,4</b>	<b>41,8</b>	<b>1,1</b>	<b>224,4</b>
<b>%</b>	<b>51,3</b>	<b>29,6</b>	<b>18,6</b>	<b>0,5</b>	<b>100</b>





Tabella 4.4.1.b Spesa socio-sanitaria **procapite** per **produttori** dei servizi e per distretti nel 2006 - Euro procapite

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Spesa sociale totale	Indice
					Provincia=100
Carpi	274	12	61	347	103
%	79,0	3,5	17,5	100	
Mirandola	244	25	68	337	101
%	72,2	7,5	20,3	100	
Modena	413	19	7	440	132
%	93,8	4,4	1,6	100	
Sassuolo	223	15	33	272	81
%	82,0	5,7	12,0	100	
Pavullo	198	35	33	268	80
%	73,8	13,1	12,1	100	
Vignola	222	14	27	265	79
%	83,8	5,4	10,4	100	
Castelfranco	212	13	48	273	81
%	77,6	4,9	17,5	100	
<b>Provincia</b>	<b>281</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>335</b>	<b>100</b>
%	84,0	5,5	10,5	100	

Tabella 4.4.2.b Spesa socio-sanitaria **procapite** per **finanziatori** dei servizi e per distretti nel 2006 - Euro procapite

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Spesa sociale totale
Carpi	192	86	68	0	347
%	55,4	24,8	19,5	0	100
Mirandola	122	110	101	4	337
%	36,3	32,7	29,9	1,1	100
Modena	262	116	62	1	440
%	59,5	26,4	14,0	0,1	100
Sassuolo	141	81	48	1	272
%	52,1	30,0	17,7	0,3	100
Pavullo	83	135	45	3	268
%	30,8	50,5	16,8	0,9	100
Vignola	120	95	47	1	265
%	45,5	36,0	17,6	0,5	100
Castelfranco	134	73	63	4	273
%	49,2	26,8	23,0	167	100
<b>Provincia</b>	<b>172</b>	<b>99</b>	<b>62</b>	<b>2</b>	<b>335</b>
%	51,3	29,6	18,6	0,5	100

## 5. La domanda di servizi per anziani non autosufficienti nella provincia di Modena

L'analisi sull'adeguatezza dell'offerta di servizi per la non autosufficienza ha come prerequisito indispensabile una quantificazione attendibile sul numero di anziani non autosufficienti della provincia. Come di seguito si evidenzierà con maggiore dettaglio, non esistono purtroppo fonti informative che permettano di quantificare con precisione il livello della domanda di servizi a livello locale. Gli unici indicatori esistenti sul tasso di disabilità relativo alle persone anziane sono disponibili a livello nazionale, disaggregati per ripartizione geografica, ed anche il sovracampionamento disponibile nell'indagine Multiscopo sulle condizioni di salute, condotta dall'ISTAT, permette un'analisi limitata al livello di governo regionale. Le strade percorribili sono pertanto due: utilizzare i tassi di disabilità esistenti ed ipotizzare che siano validi per la provincia di Modena, oppure ricorrere, attraverso altre fonti informative, ad una approssimazione.

L'indagine ISTAT sulle condizioni di salute permette di ottenere i tassi di disabilità per le persone con più di 65 anni, disaggregati per ripartizione geografica, riportati nella tabella di seguito.

Tabella 5.1 Tasso di disabilità per la popolazione con più di 65 anni, per zona geografica, 2005

	Tasso di disabilità per confinamento	Tasso di disabilità nel movimento	Tasso di disabilità nelle funzioni quotidiane	Tasso di disabilità nella vista, nell'udito, nella parola	Tasso di disabilità complessivo
Nord-Ovest	7,31%	8,04%	10,5%	3,17%	16,16%
Nord-Est	7,5%	8,59%	10,6%	3,3%	16,32%
Centro	8,95%	8,64%	12,64%	4,21%	18,19%
Sud e Isole	10,48%	11,72%	15,19%	4,81%	22,7%
Italia	8,69%	9,43%	12,44%	3,93%	18,68%

Fonte: ISTAT – Health for all

Si consideri valido per la provincia di Modena il tasso di disabilità del Nord-Est, calcolato con riferimento alla popolazione con 65 anni e più, pari a 16,32 nel 2005 e si ipotizzi che il tasso di disabilità sia costante nel tempo. Applicando il tasso di disabilità di cui sopra alla popolazione di riferimento al 31/12/2007, pari a 141.551 persone, in provincia di Modena si avrebbero complessivamente 23.101 persone anziane non autosufficienti.

Se si limita l'analisi agli anziani non autosufficienti confinati (vale a dire quelli più gravi, costretti in casa per l'impossibilità di muoversi), il tasso di disabilità per il Nord-Est, è pari a 7,5; applicandolo alla popolazione corrispondente si ottiene un numero di anziani non autosufficienti confinati in tutta la provincia di Modena pari a 10.616.

Tra le altre fonti informative cui fare riferimento, i dati Inps permettono di avere il numero complessivo di percettori di indennità di accompagnamento con più di 65 anni, che possono essere considerati un'approssimazione del numero di anziani non autosufficienti. I dati relativi al 31/12/2007 evidenziano un numero provinciale complessivo di indennità di accompagnamento pari a 14.304 (Tabella 5.2). Se si

considerano solo i percettori di indennità con più di 65 anni, il numero di percettori è pari a 10.718, un numero che si avvicina molto ai 10.616 anziani non autosufficienti confinati ottenuti attraverso l'applicazione dei tassi di disabilità calcolati dall'Istat.

*Tabella 5.2 Indennità di accompagnamento nella provincia di Modena, 31/12/2007*

	<b>Indennità di accompagnamento</b>
Carpi	1.946
Mirandola	1.844
Modena	4.189
Sassuolo	2.143
Pavullo	1.065
Vignola	1.717
Castelfranco E.	1.400
<b>Provincia di Modena</b>	<b>14.304</b>
<b>Di cui: percettori con più di 65 anni</b>	<b>10.718</b>

Fonte: INPS

I dati finora presentati evidenziano il livello della domanda potenziale di servizi, ma nulla dicono della sua possibile dinamica futura. Alcuni elementi, che possono desumersi da alcuni indicatori di popolazione, sono sintetizzati di seguito.

Le previsioni demografiche mostrano un aumento marcato della popolazione anziana, se si considera il periodo 2007-2015. Fatta eccezione per il distretto di Pavullo, che vede diminuire la quota percentuale della popolazione con più di 75 anni sul totale, in tutti gli altri distretti la percentuale aumenta. Ciò è vero in particolare per i distretti di Modena, Carpi e Sassuolo, i cui aumenti risultano più marcati rispetto a quelli degli altri distretti della provincia (Tabella 5.3).

*Tabella 5.3 Popolazione con più di 75 anni, in percentuale rispetto alla popolazione complessiva, per distretto, 31/12/2007 – 31/12/2015*

	<b>2007</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>
Carpi	9,9%	10,5%	11,2%
Mirandola	11,1%	11,5%	11,7%
Modena	11,4%	11,7%	12,4%
Sassuolo	8,8%	9,3%	10,2%
Pavullo	13,2%	12,8%	12,4%
Vignola	10,5%	10,7%	10,9%
Castelfranco	9,0%	9,2%	9,3%
<b>Provincia di Modena</b>	<b>10,4%</b>	<b>10,8%</b>	<b>11,2%</b>

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena

Nei prossimi anni sarà dunque in atto, con maggior forza rispetto ad oggi, una pressione elevata sulla domanda di lavoro di cura, che con sempre maggiore difficoltà riuscirà ad essere soddisfatta dalle famiglie. Per valutare la pressione sulle famiglie può essere utilizzato l'indice di cura (Micheli, 2004), calcolato rapportando il numero di

persone con più di 80 anni alla popolazione femminile tra 50 e 59 anni (la fascia di popolazione che più frequentemente presta assistenza all'anziano)<sup>7</sup>. Più elevato è l'indice, maggiore è l'onere di assistenza a carico dei caregiver (Tabella 5.4).

*Tabella 5.4 Indice di cura, Provincia di Modena, 2002, 2007 e 2012*

	<b>2002</b>	<b>2007</b>	<b>2012</b>
Popolazione con più di 80 anni	35.323	42.300	45.733
Popolazione femminile tra 50 e 59 anni	41.818	44.212	46.940
Indice di cura	0,845	0,956	0,974

Fonte: elaborazioni su dati Provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna

L'indice, in crescita marcata nel periodo 2002-2012, evidenzia che, per le famiglie, sarà sempre più difficile prendersi cura delle persone anziane non autosufficienti. Si verificherà pertanto un problema di sostenibilità del lavoro di cura (Cossentino, Innorta, 2005), sia esso formale (svolto dai servizi pubblici, attraverso le strutture residenziali o gli interventi di assistenza domiciliare, ad esempio) od informale (svolto dai familiari). In Emilia Romagna gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un investimento crescente in questa area di bisogno<sup>8</sup>, ma non è irragionevole pensare che l'impegno di spesa necessario nei prossimi anni dovrà crescere ulteriormente.

<sup>7</sup> L'indice di cura, come costruito da Micheli, in realtà dovrebbe prendere in considerazione il numero di persone ultra ottantenni non autosufficienti. Dal momento che questo aggregato non è disponibile, si è deciso di utilizzare il numero complessivo di persone ultra ottantenni come approssimazione.

<sup>8</sup> Nel 2004, la legge finanziaria ha introdotto il Fondo per la non autosufficienza, che è stato concretamente realizzato a seguito dell'approvazione della Delibera di Giunta Regionale 509 del 2007. A seguito di questi provvedimenti sono stati stanziati 100 milioni di euro aggiuntivi rispetto a quelli storicamente erogati per la copertura dei costi dei servizi sociali e socio-sanitari.

## 6. Indicatori di spesa standard per strutture residenziali e centri diurni per anziani

La ricostruzione della spesa sociale allargata, secondo le indicazioni metodologiche seguite nei precedenti paragrafi, costituisce solo il primo passo per la realizzazione di indicatori di spesa standard utilizzabile ai fini della implementazione del dettato costituzionale. Ulteriori progressi possono essere compiuti solo individuando l'appropriato livello di disaggregazione dei servizi che dovrà essere sicuramente più articolato delle grandi aree di intervento rappresentate nelle precedenti tabelle.

In secondo luogo accanto all'individuazione della spesa assoluta in euro è necessario individuare anche grandezze che consentano di determinare l'output quantitativo e possibilmente qualitativo del servizio a cui rapportare la spesa finanziaria.

L'integrazione dei dati finanziari con dati reali rappresenta un compito molto arduo da realizzare sul piano pratico. L'indagine Istat rileva alcuni indicatori dell'utenza, ma la valutazione comune è che essi non siano ancora stati perfettamente rilevati e che il loro utilizzo sia al momento attuale poco consigliato.

Prima di addentrarci in questo tipo di problemi, può essere tuttavia utile rammentare che in via astratta la ricerca di indicatori quantitativi può rispondere ad esigenze conoscitive diverse.

Una prima esigenza è di individuare la spesa erogata dalle diverse unità responsabili per popolazione di riferimento. L'uso di grandezze pro capite è, come noto, il punto di partenza per misurare il fabbisogno finanziario per i servizi pubblici. A seconda del servizio di solito si cerca di individuare quell'insieme della popolazione complessiva che risulta potenzialmente destinataria del servizio stesso. Tale insieme viene solitamente indicato con "popolazione di riferimento". Nel caso dei servizi destinati ad anziani non autosufficienti, la grandezza rilevante è quindi rappresentata dalla popolazione con età superiore ad una data soglia che definisce l'anzianità e il rischio di non autosufficienza, solitamente posto a 65 o a 75 anni.

Rappresentare la spesa storica ricostruita alla popolazione di riferimento fornisce quindi una prima indicazione della quantità di risorse che i governi locali hanno messo a disposizione per ogni utente potenziale. Questa indicazione è di solito utile ai fini di definire il criterio con cui trasferire ex ante risorse dai livelli di governo superiori a quelli inferiori.

Tale misura non è invece di alcuna utilità o interesse ai fini di individuare il costo standard di un servizio, in quanto il numeratore, la spesa storica, non dà garanzie di rappresentare criteri di offerta mediamente efficienti e il denominatore non rappresenta una domanda effettiva, ma una domanda potenziale.

La strada maestra per individuare il costo standard può essere solo una rilevazione/ricostruzione ingegneristica dei costi di produzione dei servizi. Un'operazione di questo tipo è però assai complessa. Essa viene sostituita o comunque preceduta da una esplorazione descrittiva del costo per unità di beneficiario sostenuta dai governi locali. A questo scopo diventa quindi necessario individuare il numero dei beneficiari, compito non banale. Nel caso di servizi che richiedano strutture produttive abbastanza articolate, come ad esempio le case protette, la scelta può cadere sui posti disponibili o su quelli effettivamente utilizzati. Il primo indicatore (posti disponibili, che

supporremo pari a quelli convenzionati con gli enti pubblici) non necessariamente coincide con l'utenza. Tuttavia il rapporto tra la spesa storica e i posti convenzionati fornisce un'idea del costo medio standard (con riferimento al territorio indagato) di una data capacità produttiva territoriale che nel breve periodo si assume come data.

Una valutazione più accurata del costo può essere realizzata individuando l'utenza effettiva, vale a dire, proseguendo nell'esempio delle case protette, il numero di anziani che hanno usufruito effettivamente del servizio. Anche questa grandezza presenta però problemi di misura. Gli utenti rappresentano uno stock, mentre la spesa rilevata è un flusso. Nel corso dell'anno possono esservi quindi entrate ed uscite dallo stock e una data capacità produttiva impiegata a regime può servire, a seconda dell'intensità dei flussi in entrata e in uscita, un numero diverso di utenti. Si può allora scegliere un istante convenzionale dell'utenza (ad esempio al 31 dicembre dell'anno) o, più appropriatamente, misurare le giornate di degenza, prescindendo quindi dalla misura delle unità di beneficiari. Il rapporto spesa storica/giornate di degenza rappresenta una grandezza che meglio è candidata a rappresentare i costi. Va però tenuto presente che eventuali differenze tra diverse unità produttive o più probabilmente di valori medi per zona possono sollevare interrogativi a cui gli operatori, nell'ambito di un'operazione di benchmarking, possono cercare di dare risposta. E' del tutto ovvio che oltre a fattori connessi all'efficienza nella produzione (scelta della tecnologia produttiva e corretto utilizzo dei fattori sotto il profilo tecnico ed economico) un grande rilievo possono avere differenze qualitative nell'offerta dei servizi, che è facile intuire quanto possano essere difficoltose da misurare.

Nell'analisi che segue faremo riferimento a tutti e tre gli indicatori ora definiti: popolazione di riferimento, posti convenzionati e utenza effettiva, in via esemplificativa per due servizi dell'area della non autosufficienza, quelli che peraltro assorbono in misura più ampia le risorse pubbliche: le residenze protette e i centri diurni<sup>9</sup>.

### *6.1 Indicatori di spesa standard per strutture residenziali e centri diurni*

Prima di addentrarci nell'analisi dei dati riferiti agli indicatori di spesa standard come classificati sopra, viene data una definizione del tipo di servizio che stiamo andando a trattare e in che misura incide sulla spesa socio sanitaria territoriale e provinciale.

Nella definizione di strutture residenziali si ricomprendono le Case Protette e le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali): strutture per anziani non autosufficienti che, a seguito delle loro condizioni fisiche, non sono in grado di rimanere all'interno delle proprie case. Le Rsa, in particolare, sono destinate ad anziani con malattie croniche e che richiedono riabilitazione, terapie ed assistenza continua per assicurare loro una maggiore intensità sanitaria rispetto a quella fornita nelle case protette.

---

<sup>9</sup> Nell'ottica di analisi della spesa sociale affrontata finora, vengono riportate in appendice le tabelle di distinzione tra soggetti produttori e soggetti finanziatori per i servizi presi in considerazione in questo paragrafo: strutture residenziali e centri diurni.

I centri diurni, invece, sono strutture semi-residenziali con funzioni terapeutico-riabilitative, che hanno conosciuto un forte sviluppo nel corso dei primi anni 2000 e che mirano, da un lato, a impedire e/o arrestare i processi di isolamento relazionale di cui spesso le persone anziane sono vittime, dall'altro a prevenire e contenere i ricoveri in strutture residenziali offrendo comunque assistenza nelle ore del giorno con rientro dell'anziano la sera al proprio domicilio.

Le Tabelle 6.1 e 6.2 indicano sia quanta parte del totale della spesa sociale distrettuale viene destinata, rispettivamente, a strutture residenziali e centri diurni, che la misura del trend tra la spesa del singolo distretto e la spesa provinciale (ultima colonna della tabella).

*Tabella 6.1 Indice di spesa per strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006*

Distretto	Totale spesa socio sanitaria per strutture residenziali per anziani	% di spesa per strutture residenziali sul totale della spesa sociale	Indice di Spesa per strutture residenziali per anziani
	Mln	%	
Carpi	9,28	27,1	86
Mirandola	12,66	<b>45,1</b>	<b>143</b>
Modena	21,59	27,2	86
Sassuolo	8,95	28,3	90
Pavullo	5,58	<b>52,4</b>	<b>166</b>
Vignola	6,90	31,0	98
Castelfranco	5,93	32,3	102
<b>Provincia</b>	<b>70,88</b>	<b>31,6</b>	<b>100</b>

*Tabella 6.2 Indice di spesa per centri diurni per anziani per distretto nel 2006*

Distretto	Totale spesa socio sanitaria per centri diurni per anziani	% di spesa per centri diurni sul totale della spesa sociale	Indice di Spesa per centri diurni per anziani
	Mln	%	
Carpi	1,49	4,36	175
Mirandola	1,22	4,36	175
Modena	1,58	2,00	80
Sassuolo	0,44	1,40	56
Pavullo	0,15	1,39	56
Vignola	0,29	1,30	52
Castelfranco	0,40	2,19	88
<b>Provincia</b>	<b>5,57</b>	<b>2,49</b>	<b>100</b>

Per ciò che riguarda le strutture residenziali, sono i comuni di montagna, quelli appartenenti al distretto di Pavullo, che risultano investire la maggior percentuale di risorse disponibili in quest'area sociale, superando la media di spesa provinciale di 66



punti percentuali; a seguire il distretto di Mirandola, con una spesa più elevata rispetto alla media del 43%. I restanti attestano una spesa per strutture intorno al 30% del totale delle risorse disponibili. Più oltre viene messo in evidenza che proprio i distretti che più investono superano il parametro regionale del 3% di copertura della popolazione target (tasso calcolato sui residenti di età superiore a 75 anni).

Entrando nel merito del calcolo degli indicatori di spesa standard, le tabelle 6.3 e 6.4, mostrano la spesa sociosanitaria procapite per strutture residenziali e centri diurni per distretti nel 2006, calcolata su i indicatori che, al denominatore rispettivamente pongono: la popolazione target, il numero di posti convenzionati e il totale delle giornate annue di effettiva presenza.

*Tabella 6.3 Spesa sociosanitaria procapite per Case protette ed RSA per distretti nel 2006 – Euro procapite*

Distretto	Pop target (>75 anni)	Posti convenzionati	% posti convenzionati sulla popolazione target	Totale giornate annue di effettiva presenza	Tot spesa socio-sanitaria (Mln)	Spesa su pop target (euro)	Spesa per posto convenzionato (euro)	Spesa per giornate effettive di presenza
Carpi	9.756	293	3,0	96.483	9,28	951	31.677	96,2
Mirandola	9.260	326	3,5	112.694	12,66	1.367	38.820	112,3
Modena	20.371	613	3,0	181.013	21,59	1.060	35.216	119,3
Sassuolo	10.101	295	2,9	97.767	8,95	886	30.346	91,6
Pavullo	5.311	180	3,4	62.681	5,58	1.052	31.026	89,1
Vignola	8.860	252	2,8	86.844	6,90	778	27.362	79,4
Castelfranco	6.053	163	2,7	55.385	5,93	979	36.365	107,0
<b>Provincia</b>	<b>69.712</b>	<b>2.122</b>	<b>3,0</b>	<b>692.867</b>	<b>70,88</b>	<b>1.017</b>	<b>33.404</b>	<b>102,3</b>

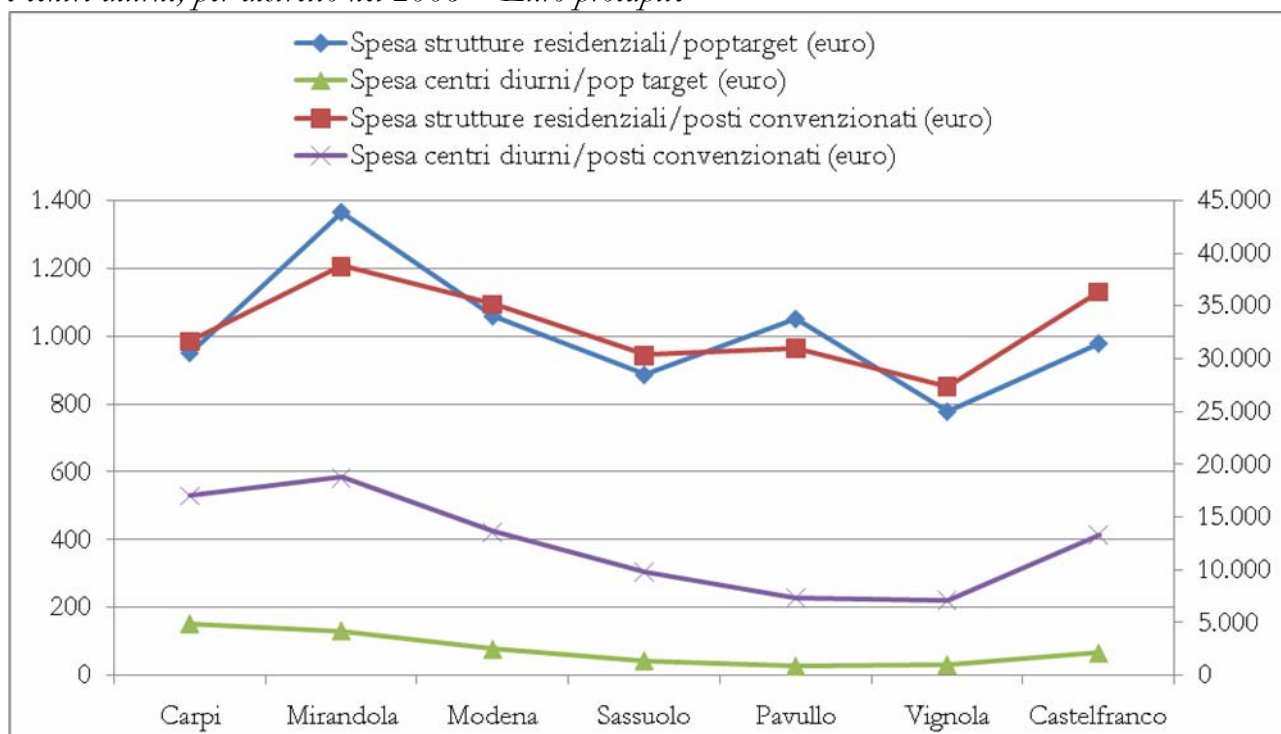
*Tabella 6.4 Spesa sociosanitaria procapite per Centri diurni per distretti nel 2006 – Euro procapite*

Distretto	Pop target (>75 anni)	Posti convenzionati	% posti convenzionati sulla pop target	Totale giornate annue di effettiva presenza	Tot spesa socio-sanitaria (mln di euro)	Spesa su pop target (euro)	Spesa per posto convenzionato (euro)	Spesa per gg effettive di presenza
Carpi	9.756	87	0,9	18.918	1,49	152	17.086	78,6
Mirandola	9.260	65	0,7	14.859	1,22	132	18.808	82,3
Modena	20.371	116	0,6	24.257	1,58	78	13.638	65,2
Sassuolo	10.101	45	0,4	10.634	0,44	44	9.865	41,7
Pavullo	5.311	20	0,4	2.425	0,15	28	7.403	61,1
Vignola	8.860	40	0,5	7.711	0,29	32	7.149	37,1
Castelfranco	6.053	30	0,5	8.000	0,40	66	13.383	50,2
<b>Provincia</b>	<b>69.712</b>	<b>403</b>	<b>0,6</b>	<b>86.804</b>	<b>5,57</b>	<b>80</b>	<b>13.823</b>	<b>64,2</b>

Un primo dato interessante, è costituito dalle differenze tra distretti che si registrano calcolando dapprima la spesa per la popolazione target e successivamente il numero di posti convenzionati disponibili. Per ogni cittadino di età superiore ai 75 anni, residente nella provincia di Modena per il 2006, è stata erogata una spesa di 1.017 euro per la fornitura di servizi residenziali quali case protette ed RSA e 80 euro per centri diurni. Ma, andando a considerare la spesa per posto effettivo disponibile, si registra per le prime un incremento che raggiunge i 33.404 euro e per i secondi un aumento fino a 13.823 euro, con notevoli differenze per i centri diurni tra i distretti del sud della provincia rispetto a quelli del nord.

Entrambi gli indicatori registrano il medesimo trend tra i distretti che compongono la nostra provincia, nel grafico 6.1 le linee blu e rossa fanno riferimento alle strutture residenziali, quelle viola e verde ai centri diurni.

*Grafico 6.1 Spesa per popolazione target e per numeri di posti convenzionati per strutture residenziali e centri diurni, per distretto nel 2006 – Euro procapite*



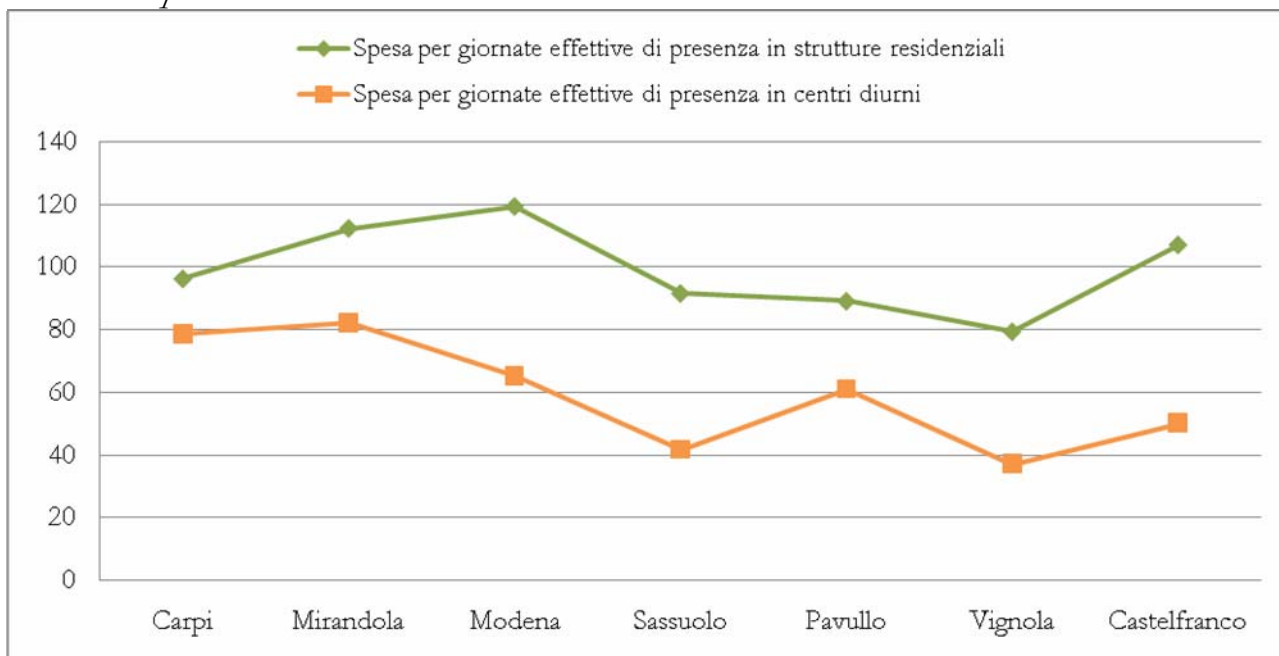
Se invece si va a definire la spesa sociale procapite ponendo al denominatore le giornate di effettiva presenza all'interno delle strutture (dato che tiene conto del movimento degli utenti), le differenziazioni tra distretti non sono così nette come poteva apparire dal grafico precedente.

A seconda del denominatore esaminato i risultati dell'analisi danno informazioni diverse. Infatti, la spesa calcolata sulla popolazione target o sul numero di posti convenzionati è maggiore per i distretti di Mirandola, Pavullo e Castelfranco per le strutture residenziali e per Carpi, Mirandola e Castelfranco per i centri diurni. Nel calcolo della spesa per giornate di effettiva presenza, per strutture residenziali, vediamo una

divisione dei distretti in due blocchi: da un lato Carpi, Mirandola, Modena e Castelfranco con una spesa che varia tra i 95 e i 120 euro; dall'altro, Sassuolo, Pavullo e Vignola con un trend di spesa tra gli 80 euro e i 90 euro. Probabilmente questo dato dovrebbe essere raffinato andando a differenziare Case Protette da Rsa ma per ora è sufficiente quest'analisi complessiva.

Per i centri diurni, le differenze tra i distretti risultano più nette rispetto a quanto considerato per le strutture residenziali: la spesa più elevata si riscontra nei distretti di Carpi e Mirandola; Pavullo si allinea al distretto del capoluogo (rispettivamente 61 euro e 65 euro di spesa giornaliera per centri diurni), i restanti distretti presentano una spesa procapite decisamente inferiore alla media provinciale.

*Grafico 6.2 Spesa per giornate di effettiva presenza per posti convenzionati in strutture residenziali e centri diurni per distretto nel 2006 – Euro*



## Appendice

Come approfondimento, seguendo l'approccio affrontato nella prima parte del lavoro, vengono riportate di seguito alcune tabelle riferite alla suddivisione della spesa nell'ottica del welfare-mix per strutture residenziali e centri diurni.

### Strutture residenziali

Tabella A.1 Spesa sociosanitaria per PRODUTTORI di strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006 – Milioni di euro

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	2,52	1,21	5,55	<b>9,28</b>
%	27,1	13,1	59,8	100
Mirandola	5,24	2,15	5,27	<b>12,66</b>
%	41,4	17,0	41,6	100
Modena	18,05	3,53	0	<b>21,59</b>
%	83,6	16,4	0	100
Sassuolo	3,64	1,82	3,49	<b>8,95</b>
%	40,6	20,4	39,0	100
Pavullo	2,82	1,43	1,33	<b>5,58</b>
%	50,5	25,6	23,9	100
Vignola	3,62	1,22	2,06	<b>6,90</b>
%	52,5	17,7	29,9	100
Castelfranco	2,03	0,95	2,95	<b>5,93</b>
%	34,3	16,0	49,7	100
<b>Provincia</b>	<b>37,92</b>	<b>12,31</b>	<b>20,65</b>	<b>70,88</b>
%	53,5	17,4	29,1	100

Tabella A.2 Spesa sociosanitaria per FINANZIATORI di strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006 – Milioni di euro

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	1,02	4,09	4,17	0,01	<b>9,28</b>
%	11,0	44,0	44,9	0,1	100
Mirandola	0,90	5,63	5,86	0,26	<b>12,66</b>
%	7,1	44,5	46,3	2,0	100
Modena	4,66	9,75	7,18	0	<b>21,59</b>
%	21,6	45,2	33,2	0,0	100
Sassuolo	0,58	5,08	3,18	0,11	<b>8,95</b>
%	6,4	56,8	35,5	1,3	100
Pavullo	0,28	3,65	1,51	0,14	<b>5,58</b>
%	5,0	65,4	27,0	2,6	100
Vignola	0,49	4,11	2,21	0,08	<b>6,90</b>
%	7,1	59,6	32,1	1,2	100
Castelfranco	0,23	2,79	2,59	0,31	<b>5,93</b>
%	3,9	47,1	43,8	5,3	100
<b>Provincia</b>	<b>8,16</b>	<b>35,09</b>	<b>26,71</b>	<b>0,92</b>	<b>70,88</b>
%	11,5	49,5	37,7	1,3	100

Tabella A.3 Spesa sociosanitaria procapite per PRODUTTORI per numero di posti convenzionati in strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006 –Euro

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	8.589	4.140	18.948	31.677
Mirandola	16.075	6.584	16.161	38.820
Modena	29.450	5.766	0	35.216
Sassuolo	12.329	6.179	11.838	30.346
Pavullo	15.675	7.934	7.416	31.026
Vignola	14.355	4.829	8.177	27.362
Castelfranco	12.471	5.816	18.078	36.365
<b>Provincia</b>	<b>17.869</b>	<b>5.801</b>	<b>9.734</b>	<b>33.404</b>

Tabella A.4 Spesa sociosanitaria procapite per FINANZIATORI per numero di posti convenzionati in strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006 –Euro

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	3.471	13.942	14.235	29	31.677
Mirandola	2.772	17.267	17.988	793	38.820
Modena	7.604	15.904	11.708	0	35.216
Sassuolo	1.952	17.224	10.788	382	30.346
Pavullo	1.562	20.286	8.379	799	31.026
Vignola	1.938	16.299	8.788	337	27.362
Castelfranco	1.410	17.122	15.917	1.915	36.365
<b>Provincia</b>	<b>3.844</b>	<b>16.538</b>	<b>12.588</b>	<b>434</b>	<b>33.404</b>

Tabella A.5 Spesa sociosanitaria per giornate di effettiva presenza per PRODUTTORI per strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006 – Euro

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Tot spesa socio-sanitaria
Carpi	26,1	12,6	57,5	96,2
Mirandola	46,5	19,0	46,8	112,3
Modena	99,7	19,5	0	119,3
Sassuolo	37,2	18,6	35,7	91,6
Pavullo	45,0	22,8	21,3	89,1
Vignola	41,7	14,0	23,7	79,4
Castelfranco	18,6	8,7	26,9	54,2
<b>Provincia</b>	<b>50,8</b>	<b>16,5</b>	<b>27,7</b>	<b>94,9</b>

Tabella A.6 Spesa sociosanitaria per giornate di effettiva presenza per FINANZIATORI per strutture residenziali per anziani per distretto nel 2006 – Euro

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Tot spesa socio-sanitaria
Carpi	10,5	42,3	43,2	0,1	96,2
Mirandola	8,0	49,9	52,0	2,3	112,3
Modena	25,7	53,9	39,6	0	119,3
Sassuolo	5,9	52,0	32,6	1,2	91,6
Pavullo	4,5	58,3	24,1	2,3	89,1
Vignola	5,6	47,3	25,5	1,0	79,4
Castelfranco	2,1	25,5	23,7	2,9	54,2
<b>Provincia</b>	<b>10,9</b>	<b>47,0</b>	<b>35,8</b>	<b>1,2</b>	<b>94,9</b>

*Centri diurni*

Tabella A.7 Spesa sociosanitaria per PRODUTTORI di centri diurni per anziani per distretto nel 2006 – Milioni di euro

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	1,07	0	0,42	1,49
%	71,9	0	28,1	100
Mirandola	0,84	0	0,38	1,22
%	68,8	0	31,2	100
Modena	1,58	0	0	1,58
%	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	100
Sassuolo	0,13	0	0,31	0,44
%	30,3	0	69,7	100
Pavullo	0,15	0	0	0,15
%	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	100
Vignola	0,05	0	0,23	0,29
%	17,9	0	82,1	100
Castelfranco	0,18	0	0,22	0,40
%	44,5	0	55,5	100
<b>Provincia</b>	<b>4,00</b>	<b>0</b>	<b>1,57</b>	<b>5,57</b>
%	<b>71,9</b>	<b>0</b>	<b>28,1</b>	<b>100</b>

Tabella A.8 Spesa sociosanitaria per FINANZIATORI di centri diurni per anziani per distretto nel 2006 – Milioni di euro

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	0,71	0,30	0,47	0,01	1,49
%	47,9	20,1	31,4	0,7	100
Mirandola	0,31	0,24	0,64	0,03	1,22
%	25,6	19,8	52,1	2,5	100
Modena	0,64	0,43	0,52	0	1,58
%	<b>40,1</b>	<b>27,2</b>	<b>32,6</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Sassuolo	0,01	0,17	0,25	0,01	0,44
%	2,8	38,1	56,2	2,8	100
Pavullo	0,03	0,09	0,03	0	0,15
%	<b>21,8</b>	<b>61,0</b>	<b>17,2</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Vignola	0,04	0,13	0,11	0	0,29
%	<b>14,3</b>	<b>45,8</b>	<b>39,9</b>	<b>0</b>	<b>100</b>
Castelfranco	0,03	0,14	0,24	0,001	0,40
%	7,3	33,9	58,6	0,2	100
<b>Provincia</b>	<b>1,77</b>	<b>1,50</b>	<b>2,24</b>	<b>0,05</b>	<b>5,57</b>
%	<b>31,9</b>	<b>26,9</b>	<b>40,3</b>	<b>1,0</b>	<b>100</b>

Tabella A.9 Spesa sociosanitaria procapite per PRODUTTORI per numero di posti convenzionati in centri diurni per anziani per distretto nel 2006 –Euro procapite

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	12.278	0	4.807	17.086
Mirandola	12.934	0	5.875	18.808
Modena	13.638	0	0	13.638
Sassuolo	2.990	0	6.876	9.865
Pavullo	7.403	0	0	7.403
Vignola	1.279	0	5.871	7.149
Castelfranco	5.960	0	7.423	13.383
<b>Provincia</b>	<b>9.934</b>	<b>0</b>	<b>3.888</b>	<b>13.823</b>

Tabella A.10 Spesa sociosanitaria procapite per FINANZIATORI per numero di posti convenzionati in centri diurni per anziani per distretto nel 2006 –Euro procapite

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	8.178	3.426	5.368	114	17.086
Mirandola	4.811	3.720	9.798	479	18.808
Modena	5.474	3.716	4.448	0	13.638
Sassuolo	281	3.763	5.542	279	9.865
Pavullo	1.613	4.515	1.276	0	7.403
Vignola	1.020	3.276	2.853	0	7.149
Castelfranco	981	4.533	7.837	32	13.383
<b>Provincia</b>	<b>4.403</b>	<b>3.716</b>	<b>5.568</b>	<b>135</b>	<b>13.823</b>

Tabella A.11 Spesa sociosanitaria per giornate di effettiva presenza per PRODUTTORI per centri diurni per anziani per distretto nel 2006 – Euro

Distretto	Comune	Ausl	Ipab	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	56,5	0	22,1	78,6
Mirandola	56,6	0	25,7	82,3
Modena	65,2	0	0	65,2
Sassuolo	12,7	0	29,1	41,7
Pavullo	61,1	0	0	61,1
Vignola	6,6	0	30,5	37,1
Castelfranco	22,3	0	27,8	50,2
<b>Provincia</b>	<b>46,1</b>	<b>0</b>	<b>18,1</b>	<b>64,2</b>

Tabella A.12 Spesa sociosanitaria per giornate di effettiva presenza per FINANZIATORI per centri diurni per anziani per distretto nel 2006 – Euro

Distretto	Comune	Ausl	Utenti	Donazioni	Totale spesa socio-sanitaria
Carpi	37,6	15,8	24,7	0,5	78,6
Mirandola	21,0	16,3	42,9	2,1	82,3
Modena	26,2	17,8	21,3	0	65,2
Sassuolo	1,2	15,9	23,5	1,2	41,7
Pavullo	13,3	37,2	10,5	0	61,1
Vignola	5,3	17,0	14,8	0	37,1
Castelfranco	3,7	17,0	29,4	0,1	50,2
<b>Provincia</b>	<b>20,4</b>	<b>17,3</b>	<b>25,9</b>	<b>0,6</b>	<b>64,2</b>



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bosi, P., Manganiello, D., 2009, *Verso l'integrazione sociosanitaria: la spesa per interventi e servizi sociali per zone in Emilia Romagna*, in Bosi, P., Dirindin, N., Turati, G., a cura, *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria. Le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Vita Pensiero, Milano.
- Bosi, P., Pesaresi, F., 2008, *La spesa per l'assistenza nella prospettiva dei livelli essenziali.*, in Ranci, E., a cura, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali*, Osservatorio nazionale per l'attuazione della L.328/00, IRS Milano.
- Cossentino, F., Innorta, M., 2005, *La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna*. Sintesi del progetto, Dossier 106, Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia Romagna, Bologna.
- Micheli, G. A., 2004, *Anziani, un problema delle figlie*, [www.lavoceinfo.it](http://www.lavoceinfo.it)
- Formez, 2006, *I livelli essenziali delle prestazioni Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Quaderno n.46 a cura di F. Zampanaro.
- Gori, C., 2003, *Applicare i livelli essenziali nel sociale*, Prospettive sociali e sanitarie, n.15-17.
- Gori, C., a cura, 2008, *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Milano, Carocci.
- Istat, 2005, *La prima indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei comuni nel 2003*, Statistiche in breve, Roma.
- Petretto, A., 2007, *Decentramento e organizzazione dell'offerta dei servizi alla persona nel disegno del nuovo welfare*, Relazione al Convegno "Povertà ed esclusione sociale: le risposte del sistema", Convegno Cesifin, Firenze, 9 febbraio.
- Petretto, A., 2009, *La matematica (ipotetica) della legge delega sul federalismo fiscale*, mimeo, febbraio.
- F. Bertoni, P. Bosi e M. Lorenzini, 2009, *La spesa per interventi e servizi sociali dei comuni nei distretti nella provincia di Modena 2003-2006*, in *Povertà, disuguaglianze socio-economiche e spesa sociale. Studi per un Osservatorio sulle politiche sociali*, aprile 2009, Provincia di Modena
- Regione Emilia-Romagna, 2006, *Report di analisi dei piani di zona 2005-2007 e dei Programmi attuativi 2005*, Bologna, maggio.