

Il welfare a Modena

Attori, servizi e beneficiari

Capitolo 1

I servizi per anziani e disabili

Autori: Davide Baldini, Eleonora Costantini, Ezra Ferrarini, Stefano Neri, Edoardo Renato Piombini, Mattia Perra

Coordinamento: Massimo Baldini

La ricerca, *promossa dalla Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali e resa possibile grazie al contributo della Fondazione Modena*, descrive il sistema di welfare del Comune di Modena in alcune delle sue principali aree di intervento: i servizi per gli anziani e le persone con disabilità, le politiche di contrasto alla povertà, gli interventi rivolti ai migranti, il welfare abitativo e i servizi per la prima infanzia. Pur affrontando ambiti diversi, i capitoli condividono una prospettiva comune: leggere il welfare locale come un sistema di istituzioni, servizi, attori pubblici e privati e strumenti redistributivi che cercano di rispondere a bisogni in rapida trasformazione.

La ricerca

Il territorio del comune di Modena è caratterizzato da livelli relativamente elevati di reddito, occupazione e dotazione di servizi pubblici, erede di una lunga tradizione di welfare fondato sull'integrazione tra intervento pubblico e del terzo settore. Anche qui si manifestano processi che modificano i tratti della domanda sociale: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle fragilità economiche, la stagnazione dei redditi da lavoro, la crescita dei costi abitativi, i cambiamenti nelle strutture familiari, l'immigrazione e la trasformazione del mercato del lavoro. Anche in contesti economicamente dinamici emergono nuove vulnerabilità e cresce la pressione sul sistema locale di protezione sociale.

La ricerca adotta un approccio prevalentemente descrittivo e istituzionale, integrando dati statistici, informazioni amministrative e analisi delle politiche pubbliche. Le fonti utilizzate includono dati del Comune di Modena e dell'AUSL, flussi amministrativi regionali (FRNA, ReportER), indagini campionarie nazionali (PASSI d'Argento, EHIS, Istat) e, per il capitolo sulle tecnologie assistive nelle residenze per anziani, un'indagine originale condotta dal CAPP. Particolare attenzione è dedicata alla governance del welfare locale: al ruolo svolto dai vari soggetti — Comune, Azienda USL, Regione Emilia-Romagna, Terzo Settore e reti informali di cura — e alle loro relazioni. Ne emerge l'immagine di un welfare "misto", nel quale la qualità delle risposte dipende dalla capacità di coordinamento tra livelli istituzionali e dalla sostenibilità economica e organizzativa dei servizi.

L'obiettivo del lavoro non è soltanto descrivere l'offerta esistente, ma anche mettere in evidenza le principali tensioni che attraversano oggi il welfare urbano: il difficile rapporto tra universalismo e selettività in presenza di risorse limitate, tra diritti sociali e vincoli di bilancio, tra bisogni crescenti, innovazione e scarsità di personale qualificato.

Il lavoro è suddiviso in cinque capitoli tematici. Il primo analizza i servizi per gli anziani e le persone con disabilità: dopo una ricostruzione del quadro demografico e della governance multilivello, esamina l'offerta di servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, con un approfondimento originale sull'adozione delle tecnologie assistive nelle Case Residenza per Anziani, e conclude con una sezione sul lavoro di cura formale e informale. Il secondo capitolo si concentra sulle politiche di contrasto alla povertà: ne descrive la dimensione quantitativa attraverso gli indicatori disponibili, ricostruisce il sistema di governance e gli attori coinvolti, e analizza i trasferimenti monetari e i servizi erogati, incluso il tema delle dipendenze. Il terzo capitolo esamina i bisogni sociali delle persone con background migratorio e le risposte del sistema locale, illustrando sia i servizi specialistici sia quelli generalisti. Il quarto capitolo è dedicato al welfare abitativo: descrive gli strumenti pubblici e privati a sostegno dell'accesso alla casa — dall'edilizia residenziale pubblica all'Agenzia Casa, dai fondi per l'affitto agli incentivi fiscali — e i principali attori coinvolti. Chiude la ricerca un capitolo sui servizi per la prima infanzia, che analizza l'offerta di nidi e servizi integrativi nel territorio comunale.

Capitolo 1

I servizi per anziani e disabili

Indice

1 Il quadro socio-demografico: una popolazione che invecchia

2 La governance del sistema

3 I servizi per anziani e disabili

4 Le tecnologie assistive nelle CRA del comune di Modena

5 Il lavoro di cura di familiari e personale privato

6 Conclusioni

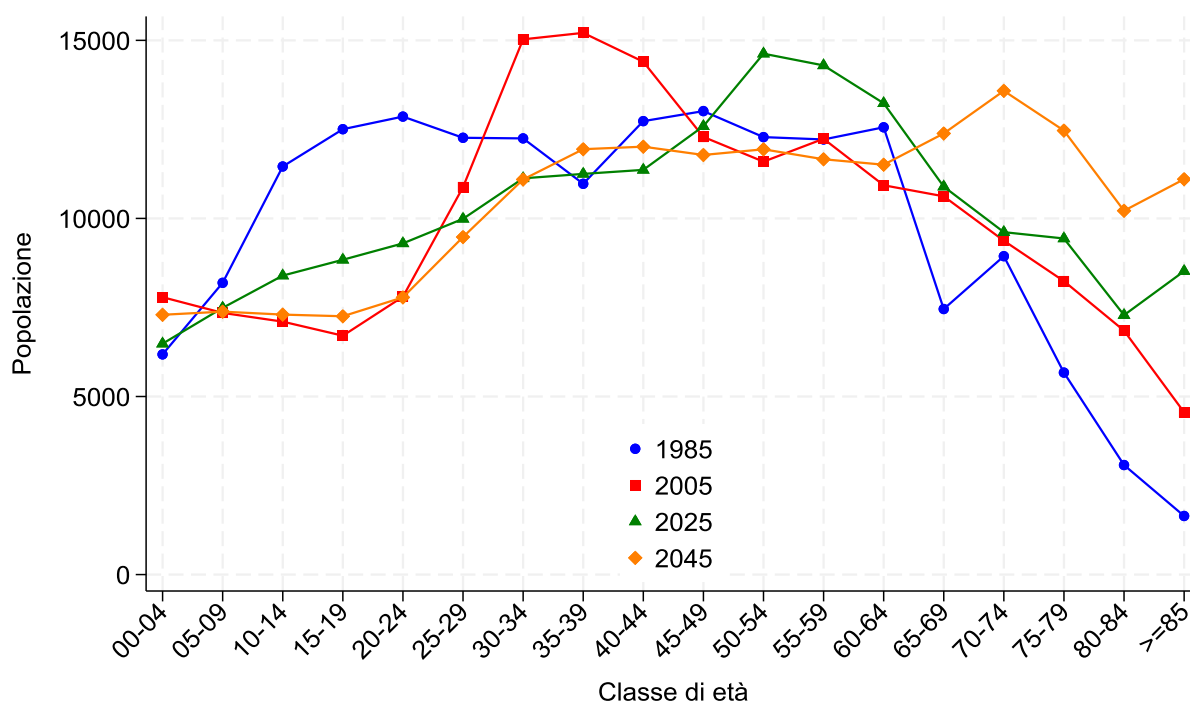
Questo capitolo descrive i servizi per gli anziani e le persone con disabilità erogati nel Comune di Modena, fondamentali per garantire una vita dignitosa alle persone non autosufficienti e per sostenere i familiari e gli operatori che si occupano della loro cura. Il capitolo è articolato in sei sezioni. La prima traccia il quadro socio-demografico della popolazione modenese, con una stima della domanda potenziale di assistenza. La seconda analizza la governance del sistema, illustrando il ruolo dei diversi attori istituzionali – Comune, AUSL, Regione e Terzo Settore – e i meccanismi di finanziamento e coordinamento. La terza offre un'analisi descrittiva e quantitativa dell'offerta effettiva, articolata nelle tre tipologie principali di intervento: servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali. La quarta sezione presenta i risultati di un'indagine originale condotta dal CAPP sull'adozione delle tecnologie assistive nelle Case Residenza per Anziani del Comune, collocando il dato modenese nel confronto regionale. La quinta sezione si sofferma sul lavoro di cura informale e professionale — caregiver familiari, assistenti familiari e operatori del settore — quale componente strutturale del welfare locale. La sesta sezione trae le conclusioni.

1. Il quadro socio-demografico: una popolazione che invecchia

1.1 La popolazione complessiva e gli anziani

La popolazione residente nel comune di Modena al primo gennaio 2025 era di 184.739 abitanti. Il numero dei residenti negli ultimi dieci anni è rimasto stabile: era infatti di 184.863 a inizio 2015. Per il futuro le proiezioni Istat¹ stimano una popolazione, nel 2045, di 188.206 abitanti, quindi in leggero aumento (+1.6%), che contrasta con il calo di 1,5 milioni previsto nello stesso periodo per l'intera Italia. Per la regione Emilia-Romagna si stima un incremento di popolazione residente da 4,47 milioni a 4,73 milioni (+5.7%). Anche se la popolazione non dovrebbe diminuire nei prossimi 20 anni, la figura che segue mostra però alcuni cambiamenti significativi nella sua struttura per età. Essa presenta per classi di età quinquennali il numero dei residenti nel comune di Modena nel 1985, nel 2005 e nel 2025, e la proiezione Istat per il 2045. È seguita da una figura con la composizione percentuale della popolazione negli stessi anni, per grandi classi di età.

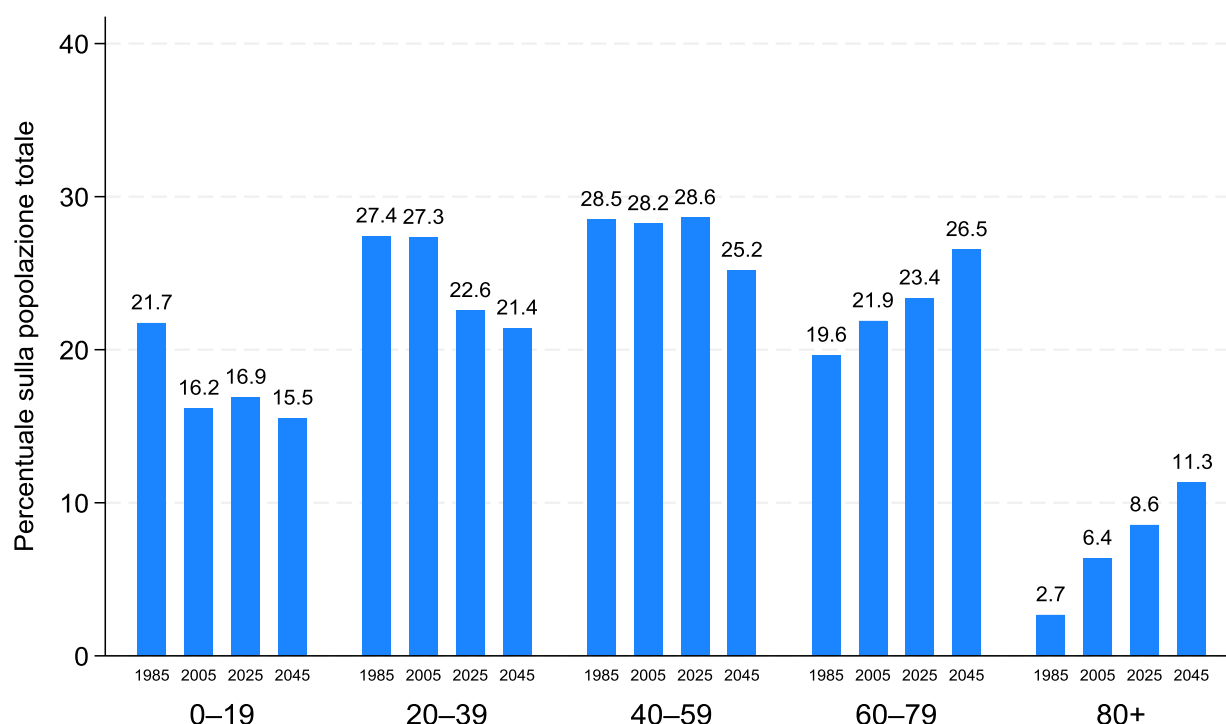
Fig. 1.1. Comune di Modena: popolazione per classi di età in alcuni anni, effettiva e prevista



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

¹Le previsioni sulla popolazione totale di Modena al 2045 sono elaborate dall'Istat mediante un modello che aggiorna annualmente la popolazione per età e sesso sulla base di nascite, decessi e saldi migratori. Le ipotesi comunali derivano da quelle regionali (base 1° gennaio 2024) secondo un approccio top-down che garantisce coerenza territoriale. La previsione è di natura probabilistica e si fonda su 3000 simulazioni, di cui viene diffuso lo scenario mediano. Fecondità, mortalità e migrazioni sono calibrate sui differenziali osservati rispetto alla media regionale nel periodo pre-pandemico recente. I risultati, specie nel medio-lungo periodo, vanno interpretati con cautela per l'incertezza crescente delle dinamiche demografiche locali.

Fig. 1.2. Comune di Modena: distribuzione percentuale della popolazione in alcuni anni, effettiva e prevista



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

I grafici consentono di cogliere bene il progressivo mutamento della struttura demografica cittadina nel corso di sessant'anni. Per il 1985, la curva della prima figura mostra una popolazione ancora giovane, caratterizzata da una base ampia e da un calo netto della numerosità passando alle classi di età più avanzate. Le coorti più numerose si collocano tra i 25 e i 40 anni, conseguenza del baby boom e di un'elevata natalità nei decenni precedenti. La popolazione infantile e giovanile (0-19 anni) rappresenta ancora una quota significativa, mentre la presenza degli anziani oltre i 65 anni è limitata, come tipico di una fase in cui la speranza di vita era più contenuta e la transizione demografica non ancora pienamente compiuta. Quasi metà della popolazione residente nel 1985 ha meno di 40 anni e solo il 23% ne ha più di 60. Venti anni dopo, nel 2005, la distribuzione della popolazione si è spostata verso le età adulte. La classe 0-19 si riduce in modo netto, a causa della caduta della natalità che in Italia si manifesta già dagli anni Ottanta, mentre aumentano le coorti centrali, tra i 30 e i 49 anni, dove si concentrano le generazioni nate durante il baby boom. La popolazione in età lavorativa è ancora numerosa, ma la base della piramide comincia a restringersi e la parte alta — gli anziani — inizia ad ampliarsi. Nel 2025 è evidente un forte calo del peso della classe 20-39 anni, mentre quello relativo degli anziani aumenta. La popolazione ha il picco di frequenze nella parte centrale. Nel 2045, infine, la struttura demografica di Modena è decisamente modificata. La base della piramide si è ulteriormente ristretta, con pochi bambini e adolescenti, mentre la parte alta si è allargata fino a comprendere una quota molto elevata di persone oltre i 70 anni. Le coorti più numerose si collocano ormai tra i 70 e i 79 anni, e cresce

la popolazione ultraottantenne, conseguenza del prolungamento dell'aspettativa di vita e del processo di invecchiamento. La popolazione in età lavorativa, tra i 20 e i 59 anni, si riduce in termini relativi, rendendo chiaro lo squilibrio tra generazioni attive e pensionate. Quasi il 40% della popolazione ha almeno 60 anni.

Nei prossimi due decenni la variazione più rilevante non riguarderà il numero dei nuovi nati – che nel Comune di Modena è anzi destinato a crescere, passando dagli attuali circa 1.300 all'anno a circa 1.450 sia nel 2035 che nel 2045 – bensì il numero degli anziani.

Nei prossimi 10 anni diminuirà il numero degli adolescenti e quello della classe tra 50 e 64 anni, mentre cresceranno significativamente i 65-74enni e gli over 85. Nel decennio successivo diminuiranno i 20enni e i 50enni, mentre cresceranno gli over75. Oggi a Modena vivono circa 25mila persone con almeno 75 anni (14%), tra vent'anni saranno 34mila (18%). La popolazione con 65 anni e più passerebbe invece dal 25% al 32%. Queste proiezioni sono effettuate sulla base di ipotesi su natalità e flussi migratori che rischiano di essere sbagliate per eccesso, ad esempio non possono tenere conto del forte calo della natalità che si sta verificando in tutto il pianeta negli ultimissimi anni, mentre non è da escludere che i progressi scientifici in medicina riescano ad aumentare la speranza di vita anche oltre le previsioni. In altre parole, l'aumento del numero degli anziani in percentuale della popolazione residente qui riportato corre più il rischio di essere una sottostima che il contrario.

Tab. 1.1. *Popolazione residente nel 2025, nel 2035 e nel 2045 nel comune di Modena per età secondo le proiezioni Istat.*

	2025	2035	2045	Var. 25-35	Var. 35-45	Var. 25-45
0-9	13.788	13.926	14.679	1%	5%	6%
10-19	17.263	14.974	14.554	-13%	-3%	-16%
20-29	19.625	20.143	17.262	3%	-14%	-12%
30-39	22.306	23.000	23.040	3%	0%	3%
40-49	23.699	23.537	23.799	-1%	1%	0%
50-64	41.848	38.859	35.114	-7%	-10%	-16%
65-74	20.379	26.241	25.970	29%	-1%	27%
75-84	16.637	17.544	22.685	5%	29%	36%
>=85	8.529	10.050	11.103	18%	10%	30%
Totale	184.074	188.274	188.206	2%	0%	2%

Fonte: nostre elaborazioni da www.demo.istat.it

L'età media della popolazione residente nel comune di Modena dovrebbe salire da 46,7 anni nel 2025 a 49,6 anni nel 2045, un incremento comunque molto inferiore a quello che caratterizzerà molti altri comuni italiani, soprattutto del Sud.

1.2. I disabili

Informazioni sul numero complessivo di disabili presenti in una popolazione possono essere ricavate ricorrendo a indagini campionarie che rilevano dati sulla salute degli intervistati. Esse

ovviamente variano in base al significato che si dà al concetto di disabilità.

In generale, possiamo “contare” i disabili sulla base di due metodi alternativi. Il primo fa riferimento a un criterio amministrativo, per cui è “disabile” chi è riconosciuto come tale dalle istituzioni e riceve quindi un sussidio o altri aiuti legati alla sua condizione. Il secondo è invece socio-funzionale e considera quante persone, sulla base di indagini campionarie, risultano soffrire di una limitazione nelle loro attività quotidiane (camminare, vedere, sentire, ecc.) o nella partecipazione alla vita sociale. In base al metodo scelto, e alle limitazioni funzionali considerate, le stime sul numero dei disabili possono variare molto.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD), ratificata dall'Italia nel 2009, definisce le persone con disabilità come quelle che “presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri”. Questa definizione è coerente con l'approccio al tenore di vita di Amartya Sen, nel senso che la disabilità pone limiti ai funzionamenti e alle capacità delle persone [Sen 1999]. Per tradurre in senso operativo questo approccio, Istat adotta il Global Activity Limitation Indicator (Gali), che rileva se una persona ha limitazioni nelle attività quotidiane derivanti da motivi di salute.

Secondo questo indicatore, in Italia circa 13 milioni di persone sono disabili (22% della popolazione), delle quali oltre 3 milioni si trovano in condizione di grave disabilità (è il numero di persone che rispondono di avere da almeno 6 mesi gravi limitazioni nelle attività quotidiane). Circa 1,5 milioni di persone con gravi disabilità hanno almeno 75 anni².

Istat conduce inoltre per l'Italia l'indagine Ehis (European Health Interview Survey), che permette di ottenere stime sulla popolazione non autosufficiente con almeno 65 anni, cioè con gravi limitazioni funzionali. Secondo questa indagine, per il 2023 si stima un numero di circa 4 milioni di over 65 non autosufficienti. Si tratta del 28,4% della popolazione con almeno 65 anni. Differenziando per fascia di età, la quota di non autosufficienti è del 14,6% nella classe da 65 a 74 anni, del 32,5% tra 75 e 84 anni e del 63,8% per chi ha almeno 80 anni [Notarnicola e Petrobelli 2025].

Una fonte alternativa è costituita da Passi d'Argento, un'indagine nazionale coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e dedicata alla salute e al benessere delle persone con 65 anni e più. Il nome PASSI sta per “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia”, un sistema di sorveglianza che monitora in modo continuativo la salute e gli stili di vita della popolazione. PASSI d'Argento ne rappresenta la versione rivolta agli anziani: viene condotta dalle AUSL tramite interviste telefoniche su un campione rappresentativo di persone over 65, e raccoglie dati su salute percepita, malattie croniche, autonomia, fragilità, stili di vita, isolamento sociale e utilizzo dei servizi sanitari e sociali. L'obiettivo è fornire informazioni aggiornate utili alla programmazione delle politiche sanitarie e sociali. Nel periodo 2022-23 in Emilia-Romagna sono state intervistate 2.558 persone. Per definire i bisogni e le difficoltà delle persone anziane, l'indagine effettua una prima distinzione in base al livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana, distinguendo tra:

²Da questo numero sono escluse le persone che vivono in strutture residenziali, dal momento che la stima è effettuata su un campione di persone che vivono in famiglia.

- attività funzionali della vita quotidiana (activities of daily living- ADL): spostarsi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno ed essere continenti;
- attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living- IADL): usare il telefono, prendere le medicine, fare la spesa o delle compere, cucinare o riscaldare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa e pagare conti o bollette.

Tenendo conto di questa distinzione, secondo i dati dell'indagine PASSI d'Argento relativi alla provincia di Modena nel 2022-23:

- il 79% delle persone ultra 64enne gode di buona salute, pari a una stima di circa 132mila persone;
- il 9 % ha segni di fragilità, presentando limitazioni in almeno due IADL (pari a una stima di circa 14mila persone);
- il 12% presenta disabilità, avendo limitazioni in almeno una ADL (pari a una stima di circa 20 mila persone).

Rispetto alla media nazionale, Modena presenta una quota più elevata di persone in buona salute e una minore incidenza di fragilità; i dati per la provincia di Modena risultano simili a quelli del resto della regione. La quota di persone anziane (over 64) con disabilità nel comune di Modena (12,3%) e di persone fragili (8,5%) è in linea con quella regionale e inferiore ai numeri nazionali per quanto riguarda la fragilità (17% nell'intero paese), mentre le percentuali relative alla disabilità sono sostanzialmente uguali.

La prevalenza di disabilità cresce, come atteso, con l'età: tra i 65 e i 74 anni solo il 3% delle persone presenta sintomi di disabilità, percentuale che sale al 21% tra gli ultra 75enni. Le limitazioni più frequenti riguardano, in provincia di Modena, le attività indicate nella Tab. 1.2.

Tab. 1.2 *Le principali limitazioni per gli anziani in provincia di Modena*

ADL – Attività di base (% con disabilità)		IADL – Attività strumentali (% con difficoltà)	
Incontinenza (trattenere urine/feci)	74%	Spostarsi fuori casa	20%
Andare in bagno	64%	Fare spesa/commissioni	18%
Spostarsi da una stanza all'altra	57%	Prendersi cura della casa	18%
Fare bagno o doccia	35%	Fare il bucato	12%
Alimentarsi	24%	Pagare conti/bollette	12%
Vestirsi o spogliarsi	21%	Prendere le medicine	11%
		Cucinare/riscaldare i pasti	9%
		Usare il telefono	6%

Fonte: Indagine PASSI d'Argento, provincia di Modena, 2022-23.

La totalità delle persone che presentano fragilità e disabilità ricevono aiuto (100%), un dato analogo alla regione e molto simile a quello italiano (97%). I primi a prestare aiuto sono i familiari (95%), quindi le badanti (41%), i contributi economici (27%), l'assistenza pubblica a domicilio (10%), i conoscenti o gli amici (4%), il centro diurno (2%) e per ultimo il volontariato o le associazioni (1%). È opportuno sottolineare come, sempre per l'indagine Passi d'Argento, in Emilia-Romagna vi sia una percentuale più elevata di anziani in buona salute (79% vs 69% per l'Italia), mentre è più bassa la percentuale di anziani con disabilità (11% vs 14%) e anche quella di anziani con fragilità (10% vs 17%).

D'altra parte, dall'Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana 2023, alla domanda sulla presenza di gravi limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle attività abituali, hanno risposto affermativamente l'8% degli intervistati tra 65 e 74 anni e il 18% di chi ha almeno 75 anni. Le percentuali relative ai soli residenti nel Nord-Est sono leggermente inferiori: 7% e 16%. Queste differenze impongono una scelta tra evidenze alternative. Vista la maggiore completezza dell'indagine Ehis, adottiamo le stesse percentuali del Rapporto Cergas. In particolare, nella tabella che segue applichiamo le quote già indicate al numero degli anziani con almeno 75 anni residenti nel comune di Modena per ottenere una stima del numero di essi in condizione di non autosufficienza. Otteniamo così una stima di circa 11mila anziani con almeno 75 anni non autosufficienti. Nella fascia 65-74 anni, invece, sempre seguendo lo stesso metodo, si ottengono circa 1600 non autosufficienti, per un totale di circa 12.500 anziani con almeno 65 anni non autosufficienti residenti nel comune di Modena.

Dalla tabella si può ricavare inoltre che circa 4.200 anziani con almeno 75 anni non autosufficienti vivono soli, un numero quasi uguale a quello (4.550) degli over 75 non autosufficienti che vivono assieme ad almeno un altro anziano.

Tab. 1.3. *Numero anziani del comune di Modena per età e condizione nel 2025*

Classi di età	75-79	80-84	85-89	90 e +	Totale
Anziano solo	2.493	2.456	2.336	1.719	9.004
Anziano con anziano	4.929	3.385	2.013	880	11.207
Anziano con altre età	1.894	1.316	828	382	4.420
In convivenza	93	128	186	234	641
Totale	9.409	7.285	5.363	3.215	25.272
Tasso non autosuff.	0,325	0,325	0,638	0,638	-
Numero anziani con almeno 75 anni non autosufficienti	3.058	2.368	3.422	2.051	10.898

Fonte: nostre elaborazioni su dati Comune di Modena e Istat

2. La governance del sistema

Per comprendere la struttura del sistema modenese dei servizi per la non autosufficienza, è utile collocarlo nel quadro nazionale della Long Term Care (LTC). Secondo il 7° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care 2025, nel 2023 in Italia, come abbiamo visto, si stimano oltre 4 milioni di persone con almeno 65 anni in condizione di non autosufficienza, pari a circa il 28% della popolazione anziana, con un'incidenza rapidamente crescente con l'età. Rispetto a questo fabbisogno potenziale, la copertura dei servizi pubblici è limitata e differenziata per tipologia: i servizi residenziali in Italia intercettano circa il 7-8% del bisogno, quelli semiresidenziali una quota inferiore all'1% e l'assistenza domiciliare integrata raggiunge circa il 30% degli over 65 non autosufficienti, ma con intensità media relativamente bassa.

Accanto alla rete formale si colloca una componente fondamentale del sistema di assistenza italiano: il lavoro di cura informale e il cosiddetto "badantato". Le stime indicano la presenza di oltre 1 milione di assistenti familiari, con un'incidenza particolarmente elevata nelle regioni del Centro-Nord. Il sistema italiano è quindi fondato su una combinazione di servizi pubblici, trasferimenti monetari e cura familiare o privata.

La spesa pubblica per LTC è pari a circa l'1,6% del PIL, di cui circa tre quarti destinati agli over 65. Una quota rilevante della spesa è rappresentata dall'indennità di accompagnamento, che ha natura esclusivamente monetaria, non dipende dalle condizioni economiche del beneficiario e non è vincolata all'acquisto di servizi formali. Non è inoltre modulata in funzione delle condizioni di salute. Questa configurazione nazionale costituisce il quadro di riferimento entro cui si colloca anche il sistema territoriale modenese.

La governance è un concetto ampio che riguarda i processi, le strutture e le relazioni attraverso cui collettività, organizzazioni e istituzioni prendono decisioni, le attuano e rendono conto delle loro azioni. Non si limita a enti pubblici in senso stretto ma copre l'interazione tra pubblico, privato, società civile e cittadini nel definire obiettivi, allocare risorse e monitorare risultati. Essa indica l'insieme dei processi, delle regole e delle relazioni attraverso cui attori pubblici e privati concorrono alla definizione e all'attuazione delle politiche collettive [Rhodes, 1996; Pierre e Peters, 2000]. Comprende dunque una pluralità di soggetti, istituzioni, organizzazioni del Terzo Settore, imprese sociali, cittadini, che operano in reti più o meno formalizzate, caratterizzate da interdipendenza, negoziazione e coordinamento.

Nei modelli odierni di welfare la governance assume una struttura a più livelli:

- livello nazionale, che definisce principi generali, diritti essenziali e quote di finanziamento;
- livello regionale, cui spetta la programmazione, la regolazione e la definizione degli standard;
- livello distrettuale/comunale, responsabile della pianificazione territoriale e dell'erogazione dei servizi.

La governance multilivello diventa particolarmente rilevante nei servizi per la non autosufficienza, dove l'integrazione tra dimensione sanitaria e sociale richiede un coordinamento tra enti diversi. Un tratto distintivo del welfare italiano è inoltre la presenza

strutturale del Terzo Settore nella gestione dei servizi, definendo un caso di collaborative governance [Ansell e Gash, 2008], intesa come processo gestionale e decisionale che vede la collaborazione di attori pubblici e privati.

Nel sistema modenese dei servizi per anziani e persone con disabilità, la governance si realizza attraverso il Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale, che costituisce lo strumento centrale di programmazione territoriale. Il Piano di Zona, elaborato congiuntamente da Comune, Azienda USL e soggetti del Terzo Settore, definisce le priorità strategiche, la distribuzione dei posti nei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali e l'allocazione delle risorse disponibili. All'interno di questo schema, la Regione Emilia-Romagna svolge un ruolo di indirizzo e finanziamento, attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), che nel 2025 ha raggiunto un valore complessivo di 564,1 milioni di euro, con un incremento di oltre 82 milioni rispetto all'anno precedente. Di questi, circa 85,3 milioni sono destinati all'ambito dell'AUSL di Modena, a sostegno dell'assistenza domiciliare, delle strutture residenziali e dei servizi per la disabilità grave. Il livello regionale definisce il quadro finanziario e regolativo, mentre il distretto e il comune coordinano la programmazione locale e l'integrazione tra interventi sociali e sanitari. L'AUSL garantisce la presa in carico clinica e la continuità assistenziale e il Terzo Settore, attraverso il sistema di accreditamento, gestisce una quota rilevante dei servizi.

Il finanziamento del sistema si basa su una pluralità di fonti. Oltre al FRNA, intervengono risorse proprie del bilancio comunale, nonché la compartecipazione degli utenti, modulata secondo l'ISEE sociosanitario. Questo meccanismo realizza una forma di universalismo selettivo: l'accesso ai servizi è garantito in linea di principio a tutti i cittadini aventi diritto, ma la partecipazione economica è graduata in base alla capacità contributiva, in coerenza con un principio di equità verticale. Si combinano quindi il finanziamento fiscale generale e la contribuzione individuale, con una significativa funzione redistributiva dell'ente pubblico. La governance modenese non si esaurisce tuttavia nella programmazione e nel finanziamento. Essa si articola attraverso strumenti concreti di coordinamento, quali i tavoli distrettuali di programmazione, gli accordi di programma tra enti, i contratti di servizio con i soggetti accreditati e sistemi di monitoraggio e valutazione. L'integrazione sociosanitaria è uno dei punti centrali dell'intero sistema. Senza un coordinamento stabile tra professionisti sociali e sanitari, il rischio sarebbe la frammentazione dell'assistenza e la duplicazione degli interventi. Nel caso delle residenze per anziani, ad esempio, le interdipendenze emergono già nella fase di valutazione del bisogno, proseguono nella costruzione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) e si manifestano durante l'erogazione dell'assistenza, quando si attivano altri servizi sanitari o sociali.

La sostenibilità e la qualità del sistema di assistenza ad anziani e disabili nel modenese dipendono in larga misura dal lavoro di cura, sia nella sua componente professionale sia in quella informale. Questo sistema si regge su una rete di operatori professionali — OSS, infermieri, educatori, fisioterapisti — impiegati nei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, in gran parte gestiti da soggetti accreditati. Dal punto di vista della governance, la qualità dell'assistenza dipende dalla formazione continua e dalla capacità di reclutare personale qualificato. Problemi quali turnover elevato, carichi di lavoro intensi e difficoltà di reclutamento di operatori sono fattori di rischio per la tenuta del sistema. Il sistema di assistenza modenese è dunque un welfare “misto”, nel quale Stato, mercato e famiglia

condividono responsabilità e costi.

2.1. L'ASP Ghirlandina nel sistema modenese dei servizi

Nel sistema di welfare dell'Emilia-Romagna i Comuni sono titolari delle funzioni di programmazione, indirizzo e controllo dei servizi sociali e socio-sanitari, e possono scegliere con autonomia le modalità organizzative attraverso cui esercitare tali competenze. Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), istituite dalla legge regionale n. 2 del 2003 e successivamente ridefinite dalla legge n. 12 del 2013, sono lo strumento principale attraverso cui i Comuni possono gestire direttamente una parte dei servizi. Le ASP sono enti pubblici con autonomia giuridica, patrimoniale e contabile e operano come soggetti strumentali dei Comuni soci, fornendo servizi sociali, assistenziali e socio-sanitari integrati.

La normativa regionale non impone tuttavia ai Comuni di conferire all'ASP la totalità dei servizi: la LR 12/2013 (art1 comma 2) prevede per ogni ambito distrettuale un'unica forma di gestione dei servizi socio-sanitari pubblici, ma ovviamente consente la compresenza di servizi socio-sanitari privati. È quindi possibile che una parte delle strutture resti in gestione diretta comunale oppure sia affidata a soggetti del Terzo Settore tramite accreditamento. Questa pluralità di assetti riflette fattori storici, organizzativi ed economici e si inserisce nel più ampio modello di governance mista in cui soggetti pubblici e privati coesistono all'interno della medesima rete dei servizi accreditati.

Nel Comune di Modena opera l'ASP Ghirlandina, istituita il 1° luglio 2025 a seguito della fusione tra ASP Charitas e ASP Patronato pei Figli del Popolo e Fondazione San Paolo e San Geminiano. La fusione ha avuto l'obiettivo di razionalizzare la governance e integrare in un unico soggetto pubblico la gestione dei servizi rivolti a persone con disabilità e a minori in condizione di vulnerabilità.

L'ASP Ghirlandina unisce due esperienze storiche del territorio modenese: Charitas, fondata nel 1942 e specializzata nell'assistenza a persone adulte con disabilità gravi e gravissime, e il Patronato pei Figli del Popolo, attivo fin dal 1874 nel sostegno educativo e sociale a minori e adolescenti in situazioni di disagio. L'unificazione ha consentito di concentrare competenze, patrimonio e personale e di rafforzare il coordinamento organizzativo. Questa ASP gestisce direttamente strutture residenziali e semiresidenziali rivolte principalmente ad adulti con disabilità e a minori, operando in integrazione con l'AUSL e con i Servizi Sociali territoriali. Nel sistema misto locale di long term care, accanto a un'ampia presenza del privato sociale rimane dunque una componente pubblica organizzata in forma aziendale.

3. I servizi per anziani e disabili

I servizi per disabili e anziani a Modena comprendono un ampio insieme di interventi pubblici e accreditati, che spaziano dall'assistenza domiciliare (Sad, Adi, telesoccorso, pasti a domicilio) ai servizi semiresidenziali come i centri diurni, fino ai servizi residenziali quali le case residenza per anziani (CRA) e le case famiglia. Accanto a questi si collocano gli sportelli sociali, i servizi di supporto ai caregiver e le nuove forme di abitare con servizi o cohousing.

Questi servizi possono essere gestiti direttamente dal Comune e dall'Azienda USL o affidati, tramite accreditamento, a soggetti del Terzo Settore e a gestori privati for profit.

L'insieme di questi servizi può essere suddiviso in tre sottogruppi:

1. Servizi di assistenza domiciliare
2. Servizi semiresidenziali
3. Servizi residenziali.

Essi si collocano lungo un continuo assistenziale, che va dal sostegno al domicilio fino alla presa in carico totale in strutture e si inseriscono in un sistema di welfare locale caratterizzato da una forte integrazione tra soggetti pubblici e privati, ma anche da crescenti pressioni legate all'invecchiamento demografico e alla sostenibilità finanziaria.

La ripartizione dei costi tra componente sanitaria e componente sociale nei servizi per la non autosufficienza segue quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria prevedono una copertura parziale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre la quota residua costituisce componente sociale ed è a carico dell'utente, con eventuale integrazione da parte del Comune in base alla situazione economica. In particolare, per l'assistenza semiresidenziale e residenziale agli anziani non autosufficienti la quota sanitaria è fissata al 50% della tariffa, mentre nei servizi per persone con disabilità la copertura sanitaria può raggiungere il 70% nei trattamenti di recupero e mantenimento. In Emilia Romagna (DGR 273/2016) la copertura sanitaria per i servizi residenziali e diurni per disabili può andare dal 75% fino all'80%. Le prestazioni sociali pure, invece, sono finanziate dal Comune e possono prevedere compartecipazione secondo criteri ISEE.

3.1. I servizi domiciliari

3.1.1 Il Servizio di assistenza domiciliare (Sad)

I servizi di assistenza domiciliare sono una parte fondamentale delle politiche di long-term care, anche perché incarnano un importante obiettivo di molti sistemi di welfare attuali: garantire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, limitando il ricorso a soluzioni istituzionalizzanti. Per le persone anziane e con disabilità il domicilio non è solo un luogo fisico, ma uno spazio relazionale che contribuisce al benessere psicologico, alla continuità delle abitudini e alla dignità personale. Nei comuni italiani, quindi anche a Modena, l'assistenza domiciliare è strutturata come un intervento integrato che coinvolge attori diversi: il Comune garantisce servizi a prevalente - ma non esclusivo - contenuto sociale (Sad), mentre l'Ausl assicura prestazioni sanitarie attraverso l'assistenza domiciliare integrata (Adi). Il Sad è un servizio socio sanitario i cui costi di copertura sono sostenuti in parte dal FRNA, e viene erogato in forma congiunta con l'Ausl.

Dal punto di vista della policy, l'assistenza domiciliare svolge una funzione cruciale sotto almeno tre profili:

- ha un costo decisamente inferiore ai servizi semiresidenziali e soprattutto residenziali a causa della scarsa rilevanza dei costi fissi;
- è coerente con l'orientamento alla deistituzionalizzazione, promosso sia a livello europeo che regionale con l'obiettivo di ridurre l'uso di strutture residenziali a favore di soluzioni meno invasive;
- consente di valorizzare il ruolo della famiglia che rimane un attore principale nella produzione di cura.

Il Servizio è destinato principalmente ad anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, ma può riguardare anche persone non anziane con disabilità e in certi casi anche persone con disabilità temporanee, per esempio a seguito di una dimissione ospedaliera. Viene erogato da un OSS (Operatore Socio Sanitario). La peculiarità del Sad consiste nel combinare una presa in carico prolungata per prestazioni però di breve durata ed erogate in genere una volta al giorno per un'ora o poco più. Le prestazioni garantite dal Sad spaziano dall'aiuto nell'igiene personale e nella cura della persona al supporto nella mobilità e alla preparazione dei pasti, comprendendo anche pulizie leggere, riordino degli ambienti domestici, sorveglianza, stimolo alla socializzazione e attività di compagnia. Poiché la durata della prestazione presso il singolo utente è solitamente limitata, spesso l'intervento sostiene – e non sostituisce – l'attività dei caregiver familiari, sui quali ricade per gran parte del tempo la totalità dell'impegno di cura, in situazioni anche molto gravose. Il Sad è in effetti un servizio socio-sanitario, dal momento che si tratta di un servizio accreditato, erogato appunto da operatori socio-sanitari sulla base di contratti di servizio a firma congiunta tra Comune e Ausl e che ha costi in parte coperti dal FRNA.

Dal punto di vista economico, il servizio si basa infatti su un finanziamento misto pubblico-privato che prevede il FRNA, la compartecipazione dell'utente e risorse dei bilanci comunali se quest'ultimo può accedere a riduzioni della tariffa sulla base dell'ISEE sociosanitario. In base alla situazione economica del nucleo familiare, l'utente può pertanto accedere al servizio a titolo gratuito o con una compartecipazione ridotta.

Nel Comune di Modena, i costi orari del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e del servizio educativo territoriale per persone con disabilità sono rispettivamente pari a 28,80 euro e 31,10 euro. Il costo a carico del cittadino o del Comune è di 10 euro, mentre la restante parte viene imputata sul FRNA. Il servizio di educativa domiciliare è gratuito per l'utente mentre il servizio di assistenza domiciliare viene pagato dall'utente fino alla concorrenza oraria massima di 10 euro in base all'ISEE.

Il meccanismo consente di modulare il costo in modo progressivo, garantendo l'accesso universale almeno ai casi di maggiore fragilità. La programmazione e l'organizzazione del Sad spettano ai comuni che ne definiscono standard, modalità di accesso, tariffe e criteri di affidamento.

L'erogazione è nella maggiore parte dei casi esternalizzata: i servizi vengono affidati a cooperative sociali accreditate, selezionate tramite procedure ad evidenza pubblica, le quali garantiscono personale qualificato e il rispetto degli standard fissati nei capitoli comunali. A Modena, come nella quasi totalità dei comuni della regione – dove la gestione diretta è del tutto residuale –, il servizio è affidato prevalentemente a cooperative del Terzo Settore, che

svolgono un ruolo centrale nell'attuazione concreta delle politiche di welfare.

Gli operatori impegnati nel Sad sono OSS (Operatori Socio-Sanitari) o RAA (Responsabili delle attività assistenziali), inquadrati come dipendenti delle cooperative sociali o degli enti gestori accreditati. Si tratta di figure professionali preparate a coniugare competenze di cura personale con sensibilità relazionale, indispensabile per affrontare la dimensione di solitudine e fragilità psicologica che spesso accompagna le situazioni di non autosufficienza.

Una stima approssimativa del numero di operatori professionali impegnati nel Sad nel comune di Modena si può ottenere dividendo il monte ore annuo di circa 110mila ore erogato dalle due cooperative sociali che svolgono questo servizio (Gulliver e Domus Assistenza) per 1.548, che corrisponde all'impegno contrattuale orario annuale a tempo pieno. Risultano quindi 71 unità di lavoro a tempo pieno, una stima per difetto del numero effettivo coinvolto.

L'accesso al servizio avviene attraverso gli sportelli sociali o presso i PUA, i punti unici di accesso socio-sanitari presso gli ospedali, il centro demenze etc. In qualunque punto avvenga l'accesso, viene comunque garantita una valutazione integrata del bisogno. Il Servizio Sociale Territoriale effettua una valutazione multidimensionale del caso, eventualmente con il coinvolgimento dell'equipe socio- sanitaria per le situazioni più complesse. In seguito viene elaborato un Progetto Assistenziale Individualizzato (Pai), che dettaglia le prestazioni da erogare, gli orari, gli obiettivi e il grado di compartecipazione economica in base all'ISEE. A quel punto il servizio viene attivato, garantendo così un intervento calibrato sulle effettive esigenze della persona. I beneficiari del Sad come già osservato sono soprattutto anziani fragili che vivono da soli o con caregiver in difficoltà. L'erogazione delle prestazioni viene regolata secondo criteri di priorità, che tengono conto della gravità della situazione e della disponibilità delle risorse. La filosofia del servizio è quella di garantire una copertura universale, assicurando almeno un minimo intervento a chiunque ne abbia necessità.

L'assistenza domiciliare presenta tuttavia anche significativi limiti strutturali. La copertura del servizio è decisamente inferiore alla domanda potenziale e l'intensità oraria non sempre adeguata ai bisogni di non autosufficienza medio-grave. In quasi tutti i casi l'operatore socio-sanitario è presente solo per poche ore alla settimana. Inoltre, la distinzione tra componente sociale e sanitaria può generare difficoltà di coordinamento nei casi complessi. Un ulteriore elemento critico è la forte dipendenza dal lavoro familiare e informale di cura: quando il sostegno pubblico è limitato, il carico assistenziale ricade ancora in gran parte sui caregiver – prevalentemente donne – o viene trasferito al mercato privato delle assistenti familiari, con effetti sulle disuguaglianze e potenzialmente sulla qualità della cura. L'assistenza domiciliare rimane fondamentale per gli obiettivi di qualità e deistituzionalizzazione, ma richiede adeguata intensità di intervento e politiche di sostegno ai caregiver per evitare una semplice privatizzazione del rischio assistenziale. Il Sad svolge quindi una funzione soprattutto complementare e integrativa rispetto alle cure complessive di cui necessita una persona per poter rimanere nella propria abitazione nonostante le precarie condizioni di salute. In prospettiva, le innovazioni tecnologiche in corso potrebbero contribuire a integrare il servizio, ad esempio con la teleassistenza, il controllo dell'uso degli elettrodomestici, la rilevazione del movimento, ecc..

Le ore di Sad complessivamente erogate nel comune di Modena sono state nel 2024 circa 110mila. Se ipotizziamo 3 ore di prestazione media alla settimana per utente, ne derivano circa 705 soggetti coperti. Va tenuto presente che la durata del servizio per diversi beneficiari

può essere inferiore all'anno, e questo determina un incremento del numero dei soggetti presi in carico nel corso dei 12 mesi. Si può stimare quindi che il servizio riesca a raggiungere circa l'8% degli anziani non autosufficienti residenti nel comune di Modena. Questo dato è coerente con quanto osservato a livello nazionale, dove la copertura dei servizi domiciliari, pur essendo la più ampia tra gli interventi in kind, rimane strutturalmente inferiore al fabbisogno potenziale, e dove l'espansione recente del numero di soggetti raggiunti non si accompagna di solito a una maggiore intensità assistenziale per singolo caso. Non vi sono in genere liste d'attesa, nel senso che tutte le domande tendono a essere soddisfatte.

Sempre per quanto riguarda le ore erogate e i relativi costi, è utile distinguere tra due diverse tipologie di Sad: quello associato alle dimissioni protette, cioè prese in carico solitamente di un mese successive alla dimissione da un ricovero ospedaliero, e il Sad territoriale, cioè la restante parte del servizio. Nel 2025 il Sad per dimissioni protette ha interessato 833 utenti con circa 16.000 ore erogate. Il costo complessivo è di 487.000 euro, che ricadono completamente sul FRNA senza compartecipazione dell'utente.

Per quanto riguarda il Sad territoriale, nel 2025 sono state erogate 113.000 ore di prestazioni per un totale di 812 utenti assistiti. Il comune finanzia le ore di prestazione diretta, una percentuale del 20% sulle spese dirette per trasporto e una percentuale del 12% delle spese per qualità. Il costo totale è di 4,11 milioni di euro, così ripartito: comune 1,8 milioni, utenti 460mila euro, FRNA 1,85 milioni di euro.

Per quanto riguarda il servizio educativo handicap, sono state erogate 6.000 ore dirette per un totale di 82 utenti serviti. Il costo per il comune è stato di 94mila euro, per il FRNA di 128mila. Gli utenti non pagano questo servizio.

L'OSS riceve la stessa retribuzione sia per il tempo della prestazione che per il tempo impiegato per il trasferimento, che può incidere molto sull'orario complessivo di lavoro a causa della brevità della permanenza presso il singolo utente.

Un altro problema del Sad è in effetti l'elevata incidenza dei costi indiretti: spostamenti, programmazione degli interventi, coordinamento con la famiglia, organizzazione degli orari e gestione amministrativa delle cartelle. Questi costi hanno in larga parte natura fissa e sono sostanzialmente simili sia per interventi brevi sia per quelli di maggiore durata, aumentando il costo medio delle prestazioni più brevi.

Oltre al classico Sad gestito da operatori sociali, vanno menzionate le dimissioni protette a cui si è già accennato, un servizio temporaneo (di alcune settimane in genere) di assistenza attivato al momento della dimissione dall'ospedale, per accompagnare la persona nei primi giorni del rientro a casa. Vi si accede tramite le Cot (Centrali operative territoriali), che mettono in relazione ospedale e servizi territoriali. Questo servizio è coordinato dal Comune di Modena, garantendo l'integrazione tra dimensione sociale e sanitaria. Il suo finanziamento è totalmente a carico del servizio sanitario (o Frna) e i costi unitari sono simili a quelli del Sad. Al termine di questa fase si può attivare il Sad o l'Adi per cure più complesse.

3.1.2. L'assistenza domiciliare integrata (Adi)

Il secondo servizio che viene considerato in questa sede è l'Adi (Assistenza Domiciliare Integrata), uno dei tasselli fondamentali del sistema socio-sanitario della regione Emilia-

Romagna. È un servizio in parte analogo al Sad, poiché anch'esso viene erogato al domicilio, ma se ne distingue per la sua natura prettamente sanitaria. L'Adi nasce per garantire cure e trattamenti a persone che, a causa di patologie croniche o invalidanti, sono impossibilitate a vivere autonomamente. Si tratta quindi di uno strumento cruciale per la presa in carico di anziani fragili, disabili gravi o pazienti in condizioni di salute complesse. Costituisce un'alternativa al ricovero ospedaliero, permettendo alle persone malate di rimanere nella propria abitazione pur ricevendo prestazioni altamente qualificate. Le attività che garantisce l'Adi comprendono prestazioni infermieristiche, riabilitative e mediche, integrate da interventi socio-assistenziali, laddove vi sia bisogno di un supporto complementare. L'Adi viene erogata prevalentemente per le dimissioni protette per cui la presa in carico del paziente è limitata nel tempo, per fornire terapie per qualche settimana o qualche mese nel post-ricovero. La peculiarità del servizio è la multidisciplinarietà: il paziente non riceve un singolo trattamento, ma viene seguito attraverso un piano assistenziale personalizzato, costruito su misura in base alla valutazione dei bisogni e alla situazione clinica.

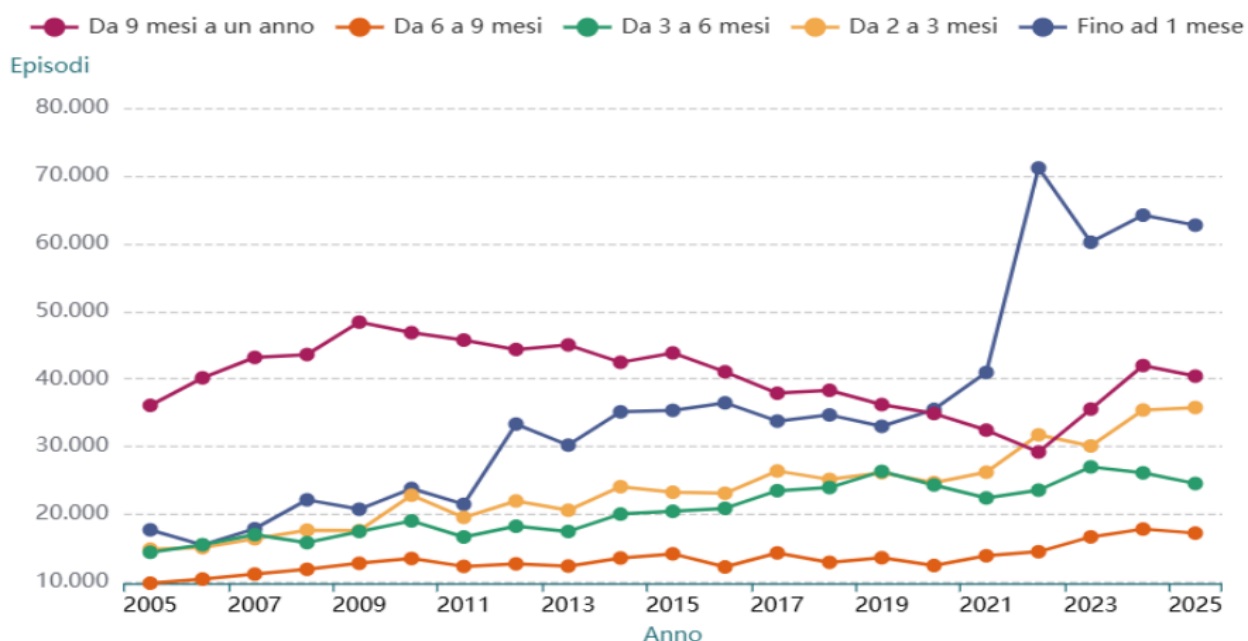
Dal punto di vista economico, l'Adi è finanziata principalmente dal Servizio Sanitario Regionale e, per la componente sanitaria, non prevede oneri a carico dell'utente. In base al DPCM 12 gennaio 2017, le cure domiciliari sono infatti a totale carico del SSN, con la sola eccezione delle prestazioni di assistenza tutelare professionale e di aiuto infermieristico, che dopo i primi 30 giorni dalla dimissione ospedaliera possono essere coperte solo parzialmente dal sistema sanitario, lasciando una quota sociale eventualmente a carico del Comune e, secondo la normativa locale, dell'utente. La responsabilità organizzativa del servizio ricade sull'AUSL, in particolare sul Dipartimento delle Cure Primarie, che ha il compito di coordinare tutte le fasi dalla presa in carico iniziale alla definizione del progetto assistenziale. L'erogazione può avvenire sia in forma diretta tramite personale dell'AUSL (medici, infermieri, fisioterapisti), sia in forma integrata, con il coinvolgimento di cooperative sociali o enti accreditati, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza infermieristica e riabilitativa. Gli operatori coinvolti sono molteplici e riflettono la dimensione interdisciplinare dell'ADI: medici di medicina generale o specialisti del territorio, infermieri professionali, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali e operatori socio-sanitari per la componente assistenziale di base. Hanno un ruolo centrale anche gli OSS come nel caso del Sad. Questa varietà di figure professionali consente di affrontare contemporaneamente bisogni clinici, riabilitativi e assistenziali, garantendo continuità nelle cure. L'accesso al servizio non avviene a domanda diretta, ma tramite segnalazione sanitaria. Il percorso tipico prevede che il medico di medicina generale, lo specialista o il medico ospedaliero, individuata la necessità, segnali il caso alla COT. L'equipe multidimensionale dell'AUSL effettua una valutazione approfondita che tiene conto sia degli aspetti clinici che di quelli sociali. Su questa base viene redatto un Progetto Assistenziale Individualizzato, che definisce la frequenza, la durata e la tipologia di interventi da erogare. Il progetto non è statico: viene periodicamente monitorato e aggiornato, in funzione dell'evoluzione della condizione di salute del paziente.

I beneficiari dell'Adi sono solitamente persone anziane con patologie croniche o degenerative, ma ci sono anche persone con disabilità gravi, talvolta giovani, che necessitano di interventi continuativi. L'Adi viene anche utilizzata come il Sad per pazienti dimessi dall'ospedale, in quella che viene definita dimissione protetta, al fine di garantire continuità terapeutica. Vengono fornite anche cure palliative domiciliari, rivolte a pazienti oncologici o in fase

avanzata di malattia. In tutti i casi il servizio può essere attivato in forma continuativa o in forma temporanea.

Nel distretto di Modena nel 2025 hanno usufruito del servizio³ 5.120 utenti (3,8% della copertura regionale, dove vengono assistite 134.045 persone). In tutta la provincia sono state assistite nel 2025 in totale 16.596 persone, con una netta prevalenza di anziani sopra i 75 anni (79,5%). Il numero di giorni in cui l'utente usufruisce del servizio è nettamente diminuito nel corso degli anni. Nel 2006 i giorni medi per beneficiario erano 212,9, scesi nel 2025 a soli 70,5. Questa riduzione della durata media dell'intervento deriva da una trasformazione progressiva dell'ADI da servizio continuativo di lungo periodo a strumento dedicato alle fasi acute o di transizione, in particolare dopo dimissioni ospedaliere. L'ADI quindi si configura sempre più come un intervento di breve periodo, piuttosto che come presa in carico prolungata della non autosufficienza.

Fig. 3.1. Numero degli utenti Adi in Emilia-Romagna per durata della prestazione

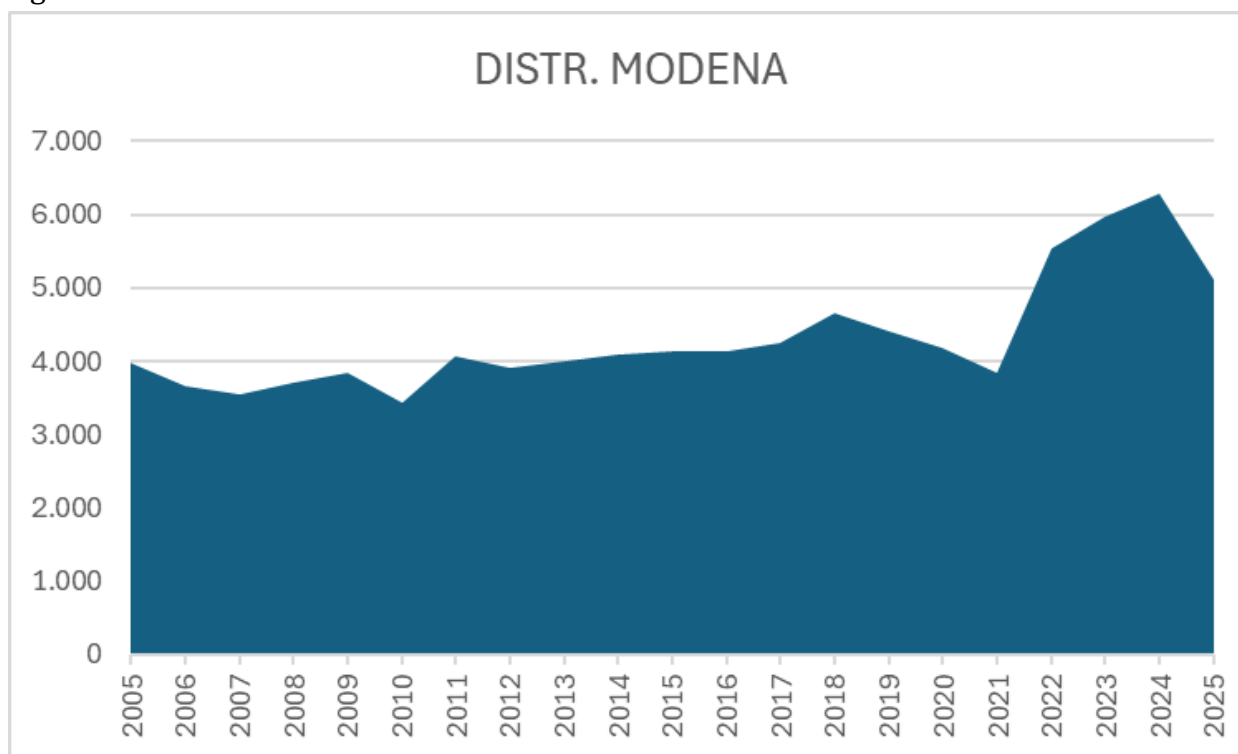


Fonte: ReportER.

È aumentato invece in misura considerevole il numero di utenti assistiti, grazie alla riduzione della durata media degli interventi, che ha permesso di estendere la copertura a un maggior numero di persone, come illustrato nel grafico seguente. Nel 2024 si è registrato il picco di 6.286 assistiti, mentre nel 2025 il dato è sceso, pur mantenendosi stabilmente al di sopra dei 5.000 assistiti, soglia raggiunta per la prima volta nel 2022. La maggior parte degli interventi riguarda l'assistenza infermieristica, seguita dall'assistenza di medicina generale.

³ ReportER: Report Salute Regione Emilia-Romagna, <https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/home>

Fig. 3.2. Numero di utenti Adi nel comune di Modena



Fonte: ReportER

3.2. I servizi semiresidenziali

I servizi semiresidenziali, e in particolare i centri diurni, occupano una posizione intermedia nel continuum assistenziale. Sono il segmento meno sviluppato in termini di copertura rispetto al bisogno potenziale, anche se svolgono la funzione di prevenzione dell'istituzionalizzazione. La loro capacità di ritardare l'ingresso in struttura residenziale e di sostenere i caregiver li rende essenziali nella filiera assistenziale, anche se spesso soggetti a vincoli di posti disponibili e liste di attesa. Essi rispondono a situazioni in cui l'assistenza domiciliare non è più sufficiente, ma la residenzialità è ancora prematura. La loro funzione principale è quella di integrare la cura familiare, senza sostituirla completamente. Nel territorio modenese i centri diurni sono rivolti soprattutto ad anziani non autosufficienti, persone con disabilità e soggetti affetti da disturbi cognitivi. L'organizzazione dei centri diurni prevede l'accoglienza degli utenti durante le ore diurne, con il rientro al domicilio nel resto della giornata. Questa configurazione consente di mantenere un legame quotidiano con l'ambiente familiare, riducendo al contempo l'isolamento e il rischio di deterioramento funzionale.

Dal punto di vista della policy economica, i servizi semiresidenziali svolgono una funzione di prevenzione poiché contribuiscono a ritardare l'ingresso in struttura residenziale, a ridurre il ricorso improprio alla residenzialità e a distribuire il carico assistenziale tra sistema pubblico e famiglia.

L'accesso a questi servizi è regolato da criteri basati sulla valutazione multidimensionale del bisogno e sulla disponibilità di posti. Dal punto di vista funzionale, il Centro Diurno è una

struttura semiresidenziale aperta durante il giorno, tipicamente dal lunedì al sabato. Al suo interno vengono erogate prestazioni diversificate: assistenza alla persona (igiene, alimentazione, mobilità), attività motorie e cognitive, stimolazione occupazionale, momenti di socializzazione, vigilanza e un primo livello di supporto sanitario. La finalità principale è cercare di rafforzare le capacità residue degli anziani e disabili, contrastare il loro isolamento e favorire il benessere psicologico in un contesto che unisce protezione e socialità.

Il centro diurno non è, in generale, un servizio gratuito. Il suo finanziamento si basa su un sistema di compartecipazione alla spesa, in cui il costo è ripartito tra sistema pubblico e utente secondo la normativa regionale e i regolamenti comunali o distrettuali.

Il costo del servizio comprende due componenti: una quota sanitaria e una quota sociale. In base al DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli essenziali di assistenza, per l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale rivolta agli anziani non autosufficienti la quota sanitaria è pari al 50% della tariffa giornaliera ed è coperta dal FRNA. La restante quota costituisce la componente sociale ed è a carico dell'utente, con eventuale integrazione da parte del Comune in caso di insufficienza delle risorse economiche.

La retta giornaliera a carico degli utenti viene determinata in base all'ISEE sociosanitario con criteri progressivi, con cifre massime pari a 29,35 euro al giorno. È possibile richiedere un'agevolazione in base all'ISEE sulla base dei criteri applicativi del regolamento comunale in vigore

L'accesso a questi centri avviene attraverso una domanda fatta dal cittadino beneficiario o molto più spesso dai suoi familiari presso gli sportelli sociali dei poli. Successivamente viene effettuata una valutazione multidimensionale congiunta tra AUSL e Servizi Sociali, al termine del quale viene elaborato un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) che stabilisce modalità, frequenze e obiettivi dell'inserimento. Sulla base dei punteggi derivanti dalla condizione di bisogno socio-sanitario del cittadino e dalle sue risorse parentali ed economiche viene predisposta una graduatoria che definisce le priorità di accesso; generalmente la graduatoria per l'accesso ai centri diurni per anziani ha in attesa non più di 15 domande, la cui gran parte viene soddisfatta tra una commissione e l'altra, quindi in circa 60 giorni.

Tab. 3.1. *I Centri diurni per anziani nel comune di Modena*

Nome	gestore	forma giuridica	posti autor.	posti accr.	posti contratt.
Cialdini	Gulliver	priv no profit	25	20	20
9 gennaio	Consorzio soc. città di M.	priv no profit	20	20	16
San Geminiano	Domus Assistenza	priv no profit	20	16	16
Mingucci	Cometa 99	priv no profit	25	15	15
Ghirlandina	Cometa 99	priv no profit	18	12	12
Papa Giovanni XXIII		priv no profit	25	0	0
Il Glicine	Domus Assistenza	priv no profit	25	20	20
Totale			158	103	99

Fonte: nostre elaborazioni su dati del Comune di Modena e della Regione

La retta oraria riconosciuta al gestore nel 2025 è di 58,05 euro (79,75 per il centro diurno

specialistico). I dati per il 2025 ci dicono che nel comune vi sono 99 posti per i Centri diurni, tutti gestiti dal privato no profit. Il numero totale di utenti che hanno frequentato questi centri è di 153 per un costo complessivo di 1.495 milioni di euro comprensivi anche del costo dei trasporti. Queste risorse provengono dal FRNA, per 810.mila euro, dal Comune per 105mila e dagli utenti per i restanti 580mila.

3.2.1. I Centri socio-riabilitativi semiresidenziali per disabili (CSRD)

I Centri Socio-Riabilitativi Diurni (CSRD) sono servizi semiresidenziali rivolti a persone adulte con disabilità che necessitano di un supporto educativo, riabilitativo e assistenziale durante le ore diurne, con rientro al domicilio la sera. Si distinguono dai CSRR per l'assenza della componente residenziale: mentre i CSRR offrono accoglienza stabile o di medio-lungo periodo, i CSRD prevedono una frequenza diurna, tipicamente dal lunedì al venerdì. Combinano attività finalizzate al mantenimento e allo sviluppo delle autonomie personali con interventi di socializzazione, stimolazione cognitiva e occupazionale, garantendo anche un sostegno importante ai caregiver familiari.

Il loro finanziamento è misto, in coerenza con la loro duplice natura sanitaria e assistenziale. Al 31 dicembre 2024, in Emilia-Romagna risultano 190 strutture autorizzate come CSRD, di cui 160 accreditate (pari all'84%). I posti autorizzati sono 3.195 e quelli accreditati 2.556 (80%). I posti contrattualizzati sono 2.444, pari al 96% dei posti accreditati: la quasi totalità dei posti è quindi inserita nella programmazione pubblica. A livello regionale la gestione dei CSRD è caratterizzata dalla netta prevalenza del privato sociale, con il 92% dei servizi accreditati gestiti da persone giuridiche private no profit e l'8% da soggetti pubblici, mentre è assente il privato for profit. Nel comune di Modena i CSRD accreditati sono 5, per un totale di 115 posti autorizzati e 111 accreditati, come riportato nella tabella che segue.

Questi centri sono caratterizzati dall'elevata durata media della permanenza, con alcuni utenti che possono trascorrervi l'intera vita adulta prima di essere trasferiti in una CRA, Casa Residenziale per anziani. Ne conseguono un basso turnover e la presenza di lunghe liste d'attesa. Sia questi centri che le residenze per disabili adulti (CSRR) operano in un rapporto più stretto con i familiari degli utenti rispetto ai centri per anziani, perché i genitori di un disabile non anziano hanno più aspettative sul versante dell'integrazione e della socialità.

Tab. 3.2. *I CSRD nel comune di Modena*

Denominazione	Gestore	Tipo gestore	PL autorizzati	PL accreditati	PL contrattualizzati
CENTRO SOCIORABILITATIVO NUOVO TINTORI	GULLIVER	Privata no profit	25	25	22
CENTRO DIURNO PISANO	GULLIVER	Privata no profit	20	20	20
CSRD MOSAICO	GULLIVER	Privata no profit	25	23	23
IRIDE	GULLIVER	Privata no profit	25	25	24
CENTRO DIURNO VINCENZO BORGHI	ASP Ghirlandina	Pubblica	20	20	17
Totale			115	115	106

Fonte: nostre elaborazioni su dati del Comune di Modena e della Regione

Gli utenti serviti nel 2025 sono stati 122 su 106 posti disponibili, per un costo totale di 3.109 milioni (senza considerare il costo dei trasporti). Il FRNA ha coperto 2.337 milioni, il Fondo Sanitario per utenti psichiatrici 35.600 euro, gli utenti 114.500 euro e il Comune 621.900 euro.

Il FRNA copre i costi di personale educativo, assistenziale e coordinamento, mentre il personale infermieristico e i terapisti della riabilitazione sono coperti dal fondo sanitario (nei centri diurni i costi sanitari per personale sanitario sono irrilevanti). I costi di trasporto ammontano a 360mila euro, di cui 330mila a carico del Comune e 30mila degli utenti.

La retta media giornaliera del 2024 senza trasporto e senza costi per personale sanitario (che sono quasi nulli) è di 129 euro pro capite al giorno, così ripartita: 75% sul FRNA pari ad 97euro, 25% su comune/utente pari a 32 euro, suddivisi tra una retta media utente nel 2024 di 5 euro al giorno e il contributo medio del Comune di 27 euro.

3.3. I servizi residenziali

I servizi residenziali costituiscono il livello più intensivo di assistenza e intervengono quando la persona non è più in grado di vivere in casa propria in condizioni di sicurezza, neppure con il supporto di servizi domiciliari o semiresidenziali potenziati. Essi rappresentano di fatto la presa in carico globale e continuativa del bisogno assistenziale. Nel sistema locale di Modena, i servizi residenziali comprendono principalmente le Case Residenza per Anziani (CRA) e i Centri Socio-Riabilitativi Residenziali per persone con disabilità (CSRR), differenziati per livello di intensità assistenziale ma anche per figure professionali. Queste strutture garantiscono:

- assistenza continuativa 24 ore su 24;
- prestazioni sanitarie, assistenziali e riabilitative;
- servizi alberghieri e tutela della sicurezza;
- supporto nella fase di assistenza e mantenimento funzionale.

Mentre nelle CRA sono impiegati soprattutto OSS, nei CSRR oltre agli OSS operano anche educatori professionali.

Dal punto di vista economico, la residenzialità costituisce il segmento più problematico del sistema. Essa è caratterizzata da costi elevati e rigidità della spesa, complessa ripartizione dei costi tra quota sanitaria e quota sociale e significativa compartecipazione economica a carico dell'utente e della famiglia. Nel modello prevalente adottato anche a Modena, la quota sanitaria e la quota FRNA coprono solo una parte del costo complessivo, mentre la quota sociale ricade sull'utente e, in via sussidiaria, sul Comune. Questo aspetto produce rilevanti implicazioni redistributive: l'accesso alla residenzialità, pur formalmente garantito, è fortemente condizionato dalla capacità economica e finanziaria, almeno per quanto riguarda l'accesso ai posti privati. Per quelli accreditati l'utente paga la quota sociale in base all'Isee. In molti casi la residenzialità è una risposta assistenziale che tende a essere utilizzata come

extrema ratio quando le condizioni di salute sono gravemente compromesse e la cura a domicilio risulta troppo impegnativa o costosa per la famiglia.

Le Case Residenze Per Anziani (CRA) sono l'equivalente delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) e rappresentano il livello più intensivo e continuativo dell'assistenza socio-sanitaria in Emilia-Romagna rivolta agli anziani non autosufficienti. La loro funzione è assicurare cure sanitarie, sostegno assistenziale e attività riabilitative e sociali alle persone con bisogno elevato e complesso. Dal punto di vista delle prestazioni le CRA riescono ad offrire agli ospiti assistenza sanitaria continuativa (medica e infermieristica), supporto quotidiano alla persona (igiene, alimentazione, mobilità), somministrazione e controllo delle terapie farmacologiche, cura delle patologie croniche, attività riabilitative e momenti di socializzazione. A differenza dei Centri Diurni, che accolgono i pazienti solo durante il giorno, le CRA ospitano stabilmente gli anziani, cercando di fornire un ambiente protetto e attrezzato, in cui la dimensione residenziale e quella sanitaria sono integrate. L'accesso è riservato a persone con gravi livelli di non autosufficienza, valutati attraverso scale regionali standardizzate.

Il loro finanziamento prevede uno schema tripartito. La quota sanitaria relativa all'assistenza medica, infermieristica, farmacologica e riabilitativa, è pari al 50% della tariffa giornaliera (come da Dpcm del 12/1/2017 che ha ridefinito e aggiornato i Lea) ed è coperta dal Servizio Sanitario Regionale e del Fondo regionale per la non autosufficienza tramite l'Ausl. Il Fondo sanitario copre le spese per personale sanitario, il FRNA quelle per personale educativo e socio-assistenziale.

La quota sociale e alberghiera, che comprende vitto, alloggio e assistenza di base, è invece a carico della famiglia e dell'utente, modulata in funzione dell'ISEE. Nei casi di condizioni economiche modeste, come anche per i Centri Diurni e il Sad, interviene il Comune con un'integrazione, così da garantire maggiore equità nell'accesso.

L'attuale tariffa delle CRA va da 95 a 104 euro. A ciò si deve aggiungere – per i posti accreditati - la quota di rimborso delle ore di prestazioni infermieristiche riabilitative che vale in media dai 13 ai 15 euro al giorno per utente, coperta dal servizio sanitario regionale. Il comune di Modena negli ultimi anni ha rivisto le condizioni di accesso e ha mediato tra le condizioni economiche e quelle di bisogno assistenziale, tendenzialmente creando un mix dove non è l'elemento economico quello che determina l'accesso alla struttura. Prevala quindi la condizione di bisogno assistenziale anche se l'ISEE mantiene rilevanza nella formulazione dei punteggi.

Secondo la normativa regionale il rapporto tra operatori e utenti CRA varia a seconda della gravità degli utenti, fino a 1 operatore ogni 2 assistiti per i casi più gravi. Una media ragionevole può essere di 1 operatore per 2,6 utenti. Da questo rapporto deriva una stima di circa 270 OSS impiegati nelle CRA del comune di Modena.

La programmazione delle CRA è di livello distrettuale, attraverso la collaborazione tra Comune e AUSL nell'ambito dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale. La Regione Emilia-Romagna stabilisce i requisiti qualitativi e strutturali che i servizi residenziali devono possedere sia per ottenere l'autorizzazione al funzionamento che l'accreditamento. Le strutture residenziali accreditate sono enti appartenenti al Terzo Settore, cioè cooperative sociali come Domus Assistenza e Gulliver, fondazioni nate dalle ex-IPAB o, in alcuni casi, enti religiosi e soggetti privati for profit. Il personale delle CRA è numeroso e multidisciplinare.

Sono presenti medici infermieri professionali attivi 24 ore su 24, OSS che garantiscono l'assistenza di base, oltre a educatori professionali, fisioterapisti e animatori che si occupano della dimensione riabilitativa e relazionale. Gli infermieri professionali non sono presenti in tutte le strutture per 24 ore al giorno. A questi si aggiungono i coordinatori e il personale ausiliario. Gli operatori sono dipendenti dell'ente gestore della struttura, che deve rispettare gli standard definiti dall'accreditamento regionale.

Al momento della disponibilità di un posto, viene contattata la famiglia, viene calcolata la quota di compartecipazione in base all'ISEE e concordata l'ammissione. Questo meccanismo serve a garantire equità e trasparenza nell'assegnazione dei posti, che sono limitati. Molti dei destinatari di questo servizio sono anziani con demenza in fase avanzata, Alzheimer e altre malattie neurodegenerative, soggetti affetti da patologie croniche gravi o reduci da eventi acuti che non possono essere gestiti con l'assistenza domiciliare (Sad o Adi). Una grande differenza con il passato è la riduzione della durata della permanenza nella Cra: oggi essa in media non supera l'anno e mezzo o i due anni, molto meno di un tempo.

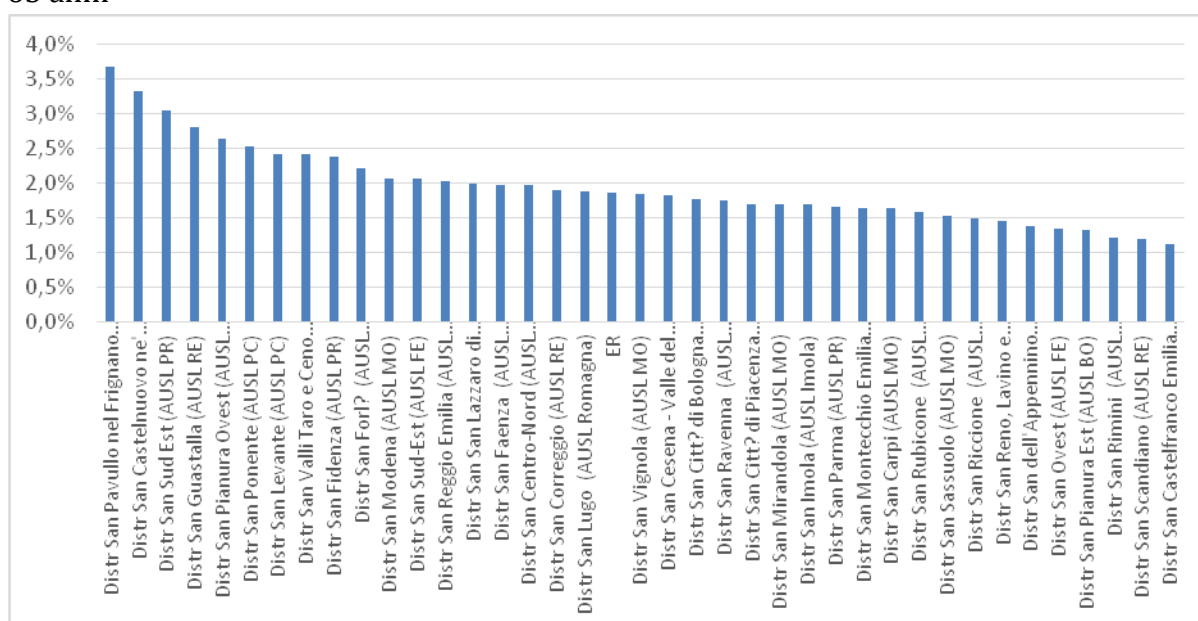
A fine 2024 in regione Emilia Romagna risultano autorizzate 374 strutture CRA, con 21.932 posti [Giovannelli et al. 2025]. Quelle accreditate sono 342, lo stesso numero del 2021, per un totale di 17.049 posti. Il 95% di questi posti è contrattualizzato. Le CRA accreditate della regione sono gestite nel 12% dei casi da persone giuridiche private for profit (12% dei posti), nel 63% da persone giuridiche non profit (57% dei posti) e nel 25% dei casi dal settore pubblico (31% dei posti).

È opportuno distinguere a questo punto tra autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione (concetti che valgono anche per i centri diurni e l'assistenza domiciliare). Questi tre termini designano dimensioni distinte. I posti autorizzati rappresentano la capacità massima di accoglienza che una struttura è formalmente abilitata a esercitare sulla base dei requisiti strutturali, organizzativi e di sicurezza previsti dalla normativa regionale. I posti accreditati sono un sottoinsieme di quelli autorizzati. L'accREDITamento implica che la struttura, oltre a essere autorizzata al funzionamento, ha ottenuto il riconoscimento formale che attesta la presenza di requisiti qualitativi ulteriori rispetto a quelli minimi autorizzativi. L'accREDITamento consente alla struttura di entrare stabilmente nel sistema pubblico dei servizi e di erogare prestazioni riconosciute e regolamentate dal servizio sanitario e sociale regionale. I posti contrattualizzati sono un ulteriore sottoinsieme dei posti accreditati. Corrispondono ai posti per i quali è stato stipulato un contratto tra il gestore della struttura e l'ente pubblico (Comune/Azienda USL), che definisce volumi, tariffe, standard di servizio e modalità di finanziamento. Solo i posti contrattualizzati sono inseriti nella programmazione pubblica e coperti da risorse pubbliche secondo le modalità previste dal sistema regionale. Nei posti autorizzati ma non accreditati l'intera retta è a carico dell'utente. Le liste d'attesa sono piuttosto lunghe anche per l'accesso ai posti autorizzati privatamente, soprattutto in alcuni periodi dell'anno. Di solito la maggior parte delle persone che sono in lista d'attesa su posti privati lo sono anche per l'accesso al posto accreditato nelle graduatorie comunali.

La figura 3.3 riporta il rapporto tra posti autorizzati nelle CRA nel 2024 e popolazione residente con almeno 65 anni nei distretti dell'Emilia-Romagna (la figura successiva riporta gli stessi dati per chiarezza, con riferimento ai soli distretti della provincia di Modena). L'indicatore misura la capacità autorizzata delle strutture rispetto alla dimensione della popolazione anziana, quindi una dotazione potenziale. I valori variano tra territori: si passa da

poco più dell'1% a oltre il 3,5%. La maggior parte dei distretti si colloca tra l'1,5% e il 2,2%. Per la provincia di Modena, in particolare, emergono differenze piuttosto forti. Pavullo nel Frignano ha il valore più alto della regione (oltre il 3,5%), con una disponibilità autorizzata molto ampia rispetto alla popolazione anziana. Il dato è coerente con il profilo demografico dell'area montana, caratterizzata da una quota elevata di anziani e da una minore densità abitativa. Modena città e Carpi si collocano attorno al 2%, vicini alla media regionale. Mirandola e Sassuolo hanno valori poco sotto il 2%. La provincia non presenta quindi un profilo uniforme: l'area montana ha un'intensità di offerta autorizzata molto più elevata rispetto ai distretti di pianura.

Fig. 3.3. Rapporto tra numero posti autorizzati nelle CRA nel 2024 e popolazione con almeno 65 anni

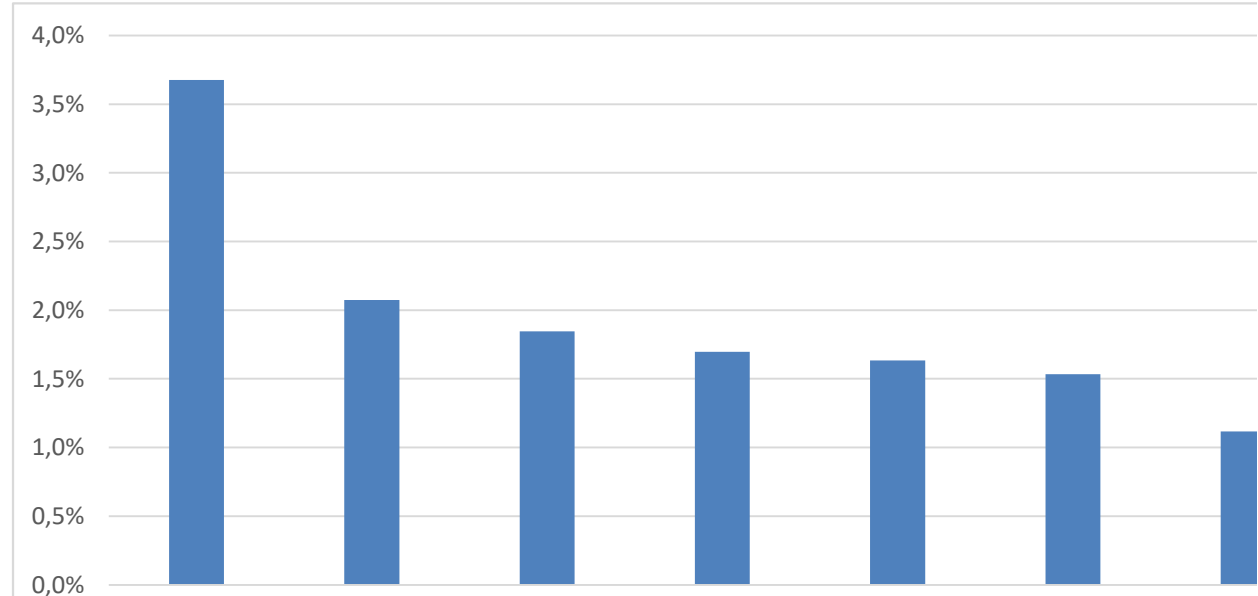


Fonte: nostre elaborazioni su dati Regione ER

Suddividendo le CRA per forma giuridica del loro gestore, è chiara la natura “mista” del modello emiliano-romagnolo di long term care. A livello regionale, il 63% delle CRA è gestito da soggetti privati non profit, il 25% da soggetti pubblici e il 12% da soggetti privati for profit. Il dato più rilevante è dunque la centralità delle cooperative sociali, che rappresenta quasi due terzi dell'offerta complessiva. La distribuzione territoriale presenta alcune differenze tra province. Modena e Bologna hanno la quota più elevata di strutture private for profit, rispettivamente pari al 25% e al 24%. Parma e Ferrara mostrano invece una netta prevalenza del non profit (oltre il 70% delle strutture), con una presenza molto contenuta o nulla del for profit. Reggio Emilia ha una quota elevata di gestori pubblici (43%). La Romagna presenta una configurazione più equilibrata, con una prevalenza del non profit ma una presenza significativa sia del pubblico sia del privato. In generale, le CRA a gestione pubblica presentano costi medi per posto letto superiori di circa 10 euro rispetto alle altre forme di gestione. La differenza è in larga parte riconducibile al diverso trattamento contrattuale del personale –

generalmente più oneroso nel pubblico rispetto alle cooperative sociali e al privato for profit – nonché a una struttura amministrativa più articolata.

Fig. 3.4. Rapporto tra numero posti autorizzati nelle CRA nel 2024 e popolazione con almeno 65 anni nei distretti della provincia di Modena



Fonte: nostre elaborazioni su dati Regione ER

Tab. 3.3. Suddivisione delle CRA accreditate per forma giuridica del gestore nel 2024 in Emilia-Romagna

	Privato	Privato no profit	Pubblico	Totale	Privato	Privato no profit	Pubblico	Totale
Piacenza	1	16	6	23	4%	70%	26%	100%
Parma	0	33	12	45	0%	73%	27%	100%
Reggio E.	2	25	20	47	4%	53%	43%	100%
Modena	13	30	8	51	25%	59%	16%	100%
Bologna	13	27	14	54	24%	50%	26%	100%
Imola	1	6	3	10	10%	60%	30%	100%
Ferrara	5	22	2	29	17%	76%	7%	100%
Romagna	8	56	19	83	10%	67%	23%	100%
TOTALE	43	215	84	342	12%	63%	25%	100%

Fonte: Regione ER

Nell'intera provincia di Modena le CRA autorizzate sono 55 con 3409 posti disponibili e quelle accreditate 51, un numero stabile negli ultimi 4 anni, con 2562 posti accreditati e una percentuale di contrattualizzazione del 96% (cioè 2447 posti). In provincia di Modena la quota di strutture accreditate gestite dal privato for profit è più alta (25%) della media regionale, a scapito della quota pubblica (16%), mentre quella del privato no profit (59%) è vicina alla media regionale. Le CRA a gestione pubblica dispongono però di un numero di posti

superiore, garantendo il 22% dell'offerta complessiva di posti accreditati della provincia.

A Modena questo servizio presenta una significativa lista d'attesa, visto che il numero delle domande supera quello degli accessi. Gli utenti in lista di attesa al 9 dicembre 2025 sono 346, mentre quelli serviti sono in totale 1325 su 722 posti letto. Nel 2025 il costo totale per le CRA è stato di 26,316,000 di euro che sono stati ripartiti nel seguente modo:

- utenti 11.400.000
- FRNA 11.886.000
- Comune 3.030.000

Il FRNA copre i costi di personale assistenziale e coordinamento, mentre il personale infermieristico e medico nelle CRA sono coperti dal fondo sanitario. Questo costo non include i costi sostenuti dall'azienda usl per il personale sanitario (medici, infermieri e terapisti della riabilitazione).

Tab. 3.4 *Le CRA accreditate nel comune di Modena a fine 2024*

Denominazione struttura	Gestore	Persona giuridica	Tipo gestore	PL autorizzati	PL accreditati	PL contrattualizzati
CASA PROTETTA VIGNOLESE	COMUNE DI MODENA	pubblica	comune	70	70	70
CASA PROTETTA S.G. BOSCO	FONDAZIONE PIA CASA S. ANNA E S. LUIGIA	priv. no profit	fondazione	75	70	70
CASA RESIDENZA ANZIANI VITTORIA ED ERMANNO GORRIERI	DOMUS ASSISTENZA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	priv. no profit	coop sociale	90	70	70
C.P. CIALDINI	GULLIVER SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	priv. no profit	coop sociale	90	90	90
CRA GUICCIARDINI	GULLIVER SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	priv. no profit	coop sociale	60	60	60
CASA DELLE GIOIA E DEL SOLE	SOC COOP CASA DELLA GIOIA E DEL SOLE	priv. no profit	coop sociale	78	48	48
VILLA PARCO SR	VILLA PARCO SR	privata	Soc. privata	49	42	42
VILLA REGINA	ENEIDE SRL	privata	Soc. privata	68	42	42
RESIDENZA ANNI AZZURRI DUCALE 1	KOS CARE S.R.L.	privata	Soc. privata	70	38	38
VILLA MARGHERITA	VILLA MARGHERITA S.R.L.	privata	Soc. privata	43	33	33
VILLA ANNA	VEPA S.R.L.	privata	Soc. privata	35	14	14
RESIDENZA ANNI AZZURRI DUCALE 2	KOS CARE S.R.L.	privata	Soc. privata	60	31	31
CRA 9 GENNAIO	CONSORZIO SOCIALE CITTA' DI MODENA SOC. COOP. SOCIALE	priv. no profit	coop sociale	63	61	61
CASA RESIDENZA ANZIANI S. ANNA E S. LUIGIA	FONDAZIONE PIA CASA S. ANNA E S. LUIGIA	priv. no profit	fondazione	43	15	15
RESIDENZA ANNI AZZURRI DUCALE 3	KOS CARE S.R.L.	privata	Soc. privata	58	34	34
TOTALE POSTI				992	718	718

Fonte: Comune di Modena e Regione Emilia-Romagna

3.3.1 I Centri Socio-Riabilitativi Residenziali (CSRR)

Si tratta di strutture sociosanitarie rivolte a persone con disabilità che necessitano di una presa in carico residenziale continuativa. Combinano dimensione abitativa, assistenziale ed educativa, garantendo sostegno nelle attività quotidiane e interventi riabilitativi finalizzati al mantenimento e, ove possibile, al potenziamento delle autonomie personali.

Mentre nel caso delle CRA l'accesso avviene di solito con una graduatoria distrettuale e il criterio di valutazione delle condizioni è in larga misura standardizzato, nei CSRR l'inserimento è più legato a un progetto individuale. La valutazione non riguarda soltanto l'autonomia nelle attività quotidiane, ma il funzionamento globale della persona, le sue capacità residue, gli obiettivi riabilitativi e la compatibilità con il contesto della struttura. Non si tratta solo di assicurare assistenza, ma di costruire un percorso di vita che tenga conto della dimensione educativa e relazionale. Nel sistema regionale dell'Emilia-Romagna i CSRR rientrano tra i servizi soggetti ad autorizzazione e accreditamento, insieme alle CRA, ai CD (Centri Diurni) e ai CSRD (Centri Socio-Riabilitativi Diurni). L'accREDITamento è il presupposto per l'inserimento nella rete dei servizi pubblici e per la contrattualizzazione dei posti con il sistema sociosanitario. I CSRR si distinguono dai CSRD per la componente residenziale: mentre i CSRD prevedono una frequenza diurna, i CSRR offrono accoglienza stabile o di medio-lungo periodo.

Al 31 dicembre 2024, in Emilia-Romagna risultano 104 strutture autorizzate come CSRR, di cui 88 accreditate (pari all'85%). I posti autorizzati sono 1784 e quelli accreditati 1406 (79%). Tra questi, risultano 1.363 posti contrattualizzati, pari al 97% dei posti accreditati. La quasi totalità dei posti accreditati nei CSRR è quindi inserita nella programmazione pubblica. Nel periodo 2021-2024 c'è una lieve crescita dei posti accreditati. A livello regionale la gestione dei CSRR è caratterizzata dalla forte presenza del privato sociale, infatti l'88% delle strutture è gestito da privati non profit, il 10% da soggetti pubblici e solo il 2% da privati for profit. Il modello regionale dei CSRR è quindi nettamente orientato al Terzo Settore, con una presenza molto limitata del for profit. Nella provincia di Modena i CSRR autorizzati sono 12 (con 235 posti) e quelli accreditati 11 (224 posti). I posti contrattualizzati sono invece 206.

Nel comune di Modena vi sono 5 strutture autorizzate e accreditate: Ermanno Gerosa, Mario del Monte, La Coccinella, Pegaso, ComeTe, per un totale di 120 posti autorizzati e accreditati, e 75 contrattualizzati.

Tab. 3.5. *I CSRR nel comune di Modena*

Denominazione	Gestore	Persona giuridica	Tipo gestione	Pl autorizzati	Pl accreditati	Pl contrattualizzati
CSR Ermanno Gerosa	Asp Ghirlandina	pubblico	Asp	62	62	40
CSRR Mario del Monte	Gulliver	Priv. No profit	Coop sociale	16	16	16
CR La Coccinella	Asp Ghirlandina	pubblico	Asp	8	8	8
CR Pegaso	Gulliver	Priv no profit	Coop sociale	10	10	9
C ComeTe	Lega del filo d'oro	Priv no profit	Ass. art. 12 CC	24	24	2
TOTALE POSTI TOTALE				120	120	75

PROGETTI PERSONALIZZATI ATTIVI	10
TOTALE POSTI PROGRAMMATI	85

Fonte: Comune di Modena e Regione Emilia-Romagna

I posti totali sono 85 in quanto ai 75 posti accreditati su Modena si aggiungono 10 posti che vengono contrattualizzati presso CSRR situati fuori territorio per un totale di 102 utenti serviti. I costi totali sono pari a 5.900.000 milioni di euro che vengono ripartiti tra gli utenti (865.000 euro), FRNA (4.100.000 euro), FS utenti psichiatrici (312.000 euro), Comune (623.000 euro). Il FRNA copre i costi di personale educativo, assistenziale e coordinamento, mentre il personale infermieristico e i terapisti della riabilitazione sono coperti dal Fondo sanitario.

4. Le tecnologie assistive nelle CRA del Comune di Modena

4.1 L'indagine CAPP-ER e il campione modenese

Tra ottobre e novembre 2025, il CAPP (Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche) dell'Università di Modena e Reggio Emilia ha condotto, con il supporto della Regione Emilia-Romagna, un'indagine sistematica su tutte le 370 Case Residenza per Anziani (CRA) accreditate della regione. Mediante un questionario somministrato online, l'indagine ha mappato la presenza, le percezioni, l'anzianità d'uso e le modalità di adozione di nove categorie di tecnologie assistive (TA) — classificate secondo gli standard ISO 9999 e la lista OMS dei prodotti assistivi prioritari. Delle 160 strutture che hanno risposto (tasso complessivo: 43,2%), le CRA del comune di Modena sono 12 su 16, pari a un tasso di risposta del 75,0% — tra i più elevati dell'intera regione.

La composizione del campione modenese presenta una struttura proprietaria marcatamente diversa dalla media regionale: il 50% delle strutture rispondenti fa capo a persone giuridiche private *for profit*, il 42% a enti pubblici, e solo l'8% a soggetti privati no profit. Questo profilo è quasi speculare rispetto al dato regionale ponderato, dove i no profit rappresentano il 45% dell'universo, i pubblici il 38% e i privati *for profit* il 17%. La forte presenza del settore privato lucrativo nel comune di Modena — significativamente superiore alla media regionale — costituisce un elemento di contesto rilevante nell'interpretazione dei profili di adozione tecnologica, poiché le strutture *for profit* tendono ad adottare logiche di investimento tecnologico diverse rispetto agli enti pubblici e no profit, con maggiore selettività sulle categorie a ritorno economico verificabile.

Tab. 4.1. *Il campione modenese dell'indagine*

N	Denominazione	Po sti aut.	Po sti accr.	Tipologia titolare	Denominazione titolare	Tipologia gestore
1	C.P. Cialdini	90	90	Pubblico	Comune di Modena	No profit
2	C.P. Ramazzini	70	70	Pubblico	Comune di Modena	No profit
3	Casa della Gioia e del Sole	78	48	No profit	Soc. Coop. Casa della Gioia e del Sole	No profit
4	Casa Protetta S.G. Bosco	75	70	Pubblico	Comune di Modena	No profit
5	Casa Protetta Vignolese	70	70	Pubblico	Comune di Modena	Pubblico
6	Casa Residenza Anziani S. Anna e S. Luigia	43	8	No profit	Fondazione Pia Casa S. Anna e S. Luigia	No profit
7	CRA 9 Gennaio	63	61	Pubblico	Comune di Modena	No profit
8	CRA Guicciardini	60	60	Pubblico	Comune di Modena	No profit
9	Residenza Anni Azzurri Ducale 1	70	37	Privato for profit	KOS Care S.r.l.	Privato for profit
10	Residenza Anni Azzurri Ducale 2	60	30	Privato for profit	KOS Care S.r.l.	Privato for profit
11	Residenza Anni Azzurri Ducale 3	54	33	Privato for profit	KOS Care S.r.l.	Privato for profit
12	Villa Anna	35	12	Privato for profit	VEPA S.r.l.	Privato for profit
13	Villa Margherita	43	33	Privato for profit	Villa Margherita S.r.l.	Privato for profit
14	Villa Parco	49	38	Privato for profit	Villa Parco S.r.l.	Privato for profit
15	Villa Regina	68	40	Privato for profit	Eneide S.r.l.	Privato for profit
16	Villa San Martino	57	-	Privato for profit	Prof. F. Cavani S.r.l.	No profit (gestore coop.)
TOTALE		985	700	Titolari: 6 pubblici · 2 no profit · 8 privati for profit Gestori: 1 pubblico · 10 no profit · 5 privati for profit		

Fonte: elaborazioni proprie su Dati FAR

Legenda tipologia titolare/gestore: ■ Pubblico = ente pubblico (Comune, ASP); ■ No profit = cooperativa sociale, fondazione; ■ Privato for profit = società privata lucrativa.

Le nove categorie tecnologiche indagate derivano da una scoping review interna della letteratura sulle TA nelle strutture di LTC e sono state operazionalizzate nel questionario con esempi concreti tratti dalla pratica di cura. La Tabella 4.2 che segue riporta per ciascuna

categoria la definizione operativa, gli esempi rilevati dal questionario, la corrispondente classificazione ISO 9999:2022 e le principali evidenze di efficacia dalla letteratura.

Tab. 4.2. *Le categorie tecnologiche indagate*

Categoria tecnologica	Definizione, esempi (da questionario CAPP-ER) ed evidenze dalla letteratura
Comunicazione e socializzazione	Tecnologie rilevate: Piattaforme digitali per la comunicazione tra ospiti e familiari e tra personale e familiari (WhatsApp, email, forum). Smartphone e tablet a disposizione degli ospiti (anche personali). Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 9 – <i>Prodotti per la comunicazione e la gestione dell'informazione</i>. Evidenze: Le evidenze mostrano riduzioni della solitudine e della depressione, specie tra residenti con demenza, e un ruolo chiave nel mantenimento dei legami famigliari durante la pandemia da COVID-19 (Robic & Rotar Pavlic, 2021; Lemaire et al., 2023).
Registri elettronici sanitari	Tecnologie rilevate: Fascicolo sanitario elettronico (FSE) dei residenti. Cartella sociosanitaria individuale digitale. Record elettronici di dati sanitari (laboratorio, terapie, prescrizioni). Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 9 – <i>Prodotti per la comunicazione e la gestione dell'informazione</i>. Evidenze: Migliorano l'accuratezza diagnostica, riducono gli errori di somministrazione farmacologica e facilitano la comunicazione inter-professionale; l'analisi AI dei dati biometrici può supportare il rilevamento precoce di fragilità (Federici et al., 2021; Zhao et al., 2021).
Sistemi di sicurezza	Tecnologie rilevate: Tappetini e sensori anticaduta; sistemi di monitoraggio del movimento e rilevamento cadute. Pulsanti di emergenza indossabili ("alla persona"). Telecamere di sicurezza nelle aree comuni; illuminazione automatica con sensori di movimento; luci notturne. Braccialetti o dispositivi GPS per residenti a rischio di wandering. Sistemi di controllo accessi (QR code, badge, password). Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 4 – <i>Prodotti per le attività di self-care e partecipazione</i>; cat. 11 – <i>Prodotti per le attività domestiche</i>. Evidenze: Riducono gli incidenti e migliorano la fiducia e la soddisfazione del personale; i sistemi RTLS (Real-Time Location Systems) supportano il monitoraggio in tempo reale, sebbene presentino sfide di privacy e costi di installazione (Grigorovich et al., 2021; Huynh et al., 2021).
Sensoristica e monitoraggio	Tecnologie rilevate: Smartwatch e sensori indossabili per il monitoraggio di parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione, SpO₂). Sistemi di rilevamento precoce di cambiamenti nelle condizioni di salute. Assistenti vocali e timer per medicinali e appuntamenti (es. Alexa, Google Home). ECG portatili, defibrillatori automatici (DAE), dispositivi Point-of-Care Testing (POCT). Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 1 – <i>Prodotti per la</i>

	<i>misurazione di funzioni fisiologiche e psicologiche. Evidenze: Tecnologie prevalentemente a TRL 6-7 (le più mature del panorama AT): migliorano la sicurezza dei residenti, abilitano decisioni cliniche basate sui dati e riducono il carico di monitoraggio del personale (Zhao et al., 2021; Loveys et al., 2022).</i>
Telemedicina	Tecnologie rilevate: Videoconferenze per consulti medici e visite specialistiche a distanza. Supporto remoto per la gestione delle terapie farmacologiche e delle prescrizioni (telepharmacy). Valutazioni geriatriche e specialistiche a distanza. Sessioni di fisioterapia e teleriabilitazione guidate da remoto. Esercizi motori, cognitivi o di memoria online. Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 9 – Prodotti per la comunicazione; in combinazione con dispositivi medici cat. 1. Evidenze: Le evidenze mostrano riduzione delle ospedalizzazioni, degli accessi al PS e dei costi di trasporto; benefici particolarmente rilevanti per strutture lontane dai centri specialistici. Durante la pandemia, la telemedicina ha ridotto mortalità e ricoveri nelle CRA (Edirippulige et al., 2013; Robic & Rotar Pavlic, 2021; Newbould et al., 2017).
SmartHome	Tecnologie rilevate: Sensori per il controllo dell'ambiente (temperatura, umidità, qualità dell'aria). Sistemi domotici e telecomandi per facilitare la gestione autonoma dell'ambiente da parte dei residenti. Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 8 – Arredi, attrezzature e prodotti per ambienti interni/esterni. Evidenze: Supportano la sicurezza ambientale e l'autonomia dei residenti; integrati con dashboard centralizzate migliorano l'efficienza della cura, specie per residenti con disturbi cognitivi (Zhao et al., 2021; Liu et al., 2021).
Realtà virtuale (VR)	Tecnologie rilevate: Applicazioni di realtà aumentata/immersiva con scopi terapeutici (stimolazione cognitiva, terapia del dolore, reminiscenza, riabilitazione motoria). Applicazioni di realtà aumentata con scopi di intrattenimento. Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 12 – Prodotti per il tempo libero e la ricreazione. Evidenze: Evidenze di miglioramenti nell'equilibrio, nella forza muscolare e nella qualità della vita; efficace nella riduzione dell'apatia nei residenti con demenza. I costi elevati e la necessità di supporto continuo del personale restano le principali barriere all'adozione (Ienca et al., 2021).
Dispositivi cura/gestione	Tecnologie rilevate: Robot e dispositivi automatizzati per il supporto alle attività quotidiane e alla mobilità. Robot per la riabilitazione. Dispensatori automatici di medicinali e prescrizioni (smart pill boxes). Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 2 – Prodotti per la stimolazione/allenamento di funzioni fisiologiche; cat. 10 – Prodotti per il controllo e la manipolazione di oggetti. Evidenze: I dispensatori automatici migliorano l'aderenza terapeutica e riducono gli errori; i robot umanoidi mostrano

	risultati preliminari positivi nel monitoraggio delle attività quotidiane (Choi et al., 2024).
Robot socialmente assistivi (SAR)	Tecnologie rilevate: Robot animali (es. PARO, robot a forma di foca) o umanoidi progettati per offrire compagnia e supporto psicologico. Finalità: riduzione di agitazione, ansia e sintomi depressivi; stimolazione dell'interazione sociale. Classificazione ISO 9999: ISO 9999 cat. 12 – Prodotti per il tempo libero; in parte cat. 9 – Comunicazione. Evidenze: Efficacia positiva sugli outcome psicosociali (agitazione, depressione, qualità delle interazioni), specialmente in residenti con demenza; evidenze miste su funzionamento cognitivo e sintomi neuropsichiatrici. Il costo e le preoccupazioni etiche (sostituzione del contatto umano, privacy) restano barriere rilevanti (Yuan et al., 2023; Felding et al., 2023).

Fonte: elaborazioni proprie su Dati FAR

4.2. Il profilo di adozione tecnologica: Modena nel confronto regionale

Con un indice di adozione tecnologica aggregato (TAI) pari a 3,08 su un massimo di 9, il comune di Modena si posiziona lievemente di sotto della media regionale ponderata (3,78) e della media della propria provincia (3,46 per la provincia MO). La distanza è ancora più marcata per le tecnologie di seconda generazione — quelle più innovative, escluse comunicazione e registri ormai ubiqui — dove il TAI modenese scende a 0,67 contro 1,17 a livello regionale. La provincia di Ravenna registra il TAI complessivo più elevato (4,50), quella di Ferrara il più basso (2,77).

Tab. 4.3. *Modena vs la regione Emilia Romagna*

Categoria tecnologica	Comun e di Modena	ER (pond.)	Miglior provincia	Peggior provincia
Comunicazione e socializzazione	91%	94%	FC: 100%	FE: 69%
Registri elettronici sanitari	100%	87%	MO/RA: 100%	FE: 38%
Sistemi di sicurezza	73%	83%	FC: 100%	PR: 70%
Sensoristica e monitoraggio	45%	49%	RA: 68%	FE: 20%
Telemedicina	9%	39%	BO: 73%	FC: 14%
SmartHome	18%	23%	PC: 61%	FE: 0%
Realtà virtuale (VR)	0%	4%	BO: 12%	–: 0%
Dispositivi cura/gestione	0%	2%	RA: 8%	–: 0%
Robot socialmente assistivi	0%	1%	PR: 7%	–: 0%
Indice aggregato (TAI, 0–9)	3,08	3,78	RA: 4,50	FE: 2,77

Fonte: elaborazioni CAPP su dati survey CAPP-ER (N=160 su universo 370). Comune di Modena: N=12 su 16 strutture (75%). Stime ER ponderate con pesi IPW. **Verde**: MO ≥ media ER; **Giallo**: MO entro 15 pp dalla media; **Rosso**: MO molto sotto la media ER.

4.2.1. I punti di forza: registri elettronici e comunicazione

Il comune di Modena mostra un primato sulla digitalizzazione documentale: il 100% delle strutture rispondenti ha adottato registri elettronici sanitari (FSE, cartelle digitali), a fronte di una media regionale ponderata dell' 87%. Questo risultato posiziona Modena — insieme a Ravenna — come best performer regionale per questa categoria. Anche la comunicazione e socializzazione (piattaforme per i familiari, tablet a disposizione degli ospiti) è diffusa nel 91% delle strutture, sostanzialmente in linea con la media regionale (94%). Questi due ambiti riflettono una digitalizzazione “di base” ormai consolidata, spesso legata a obblighi normativi (FSE) o a investimenti di basso costo e rapido ritorno (tablet, piattaforme di messaggistica).

4.2.2. Le aree di ritardo: telemedicina e tecnologie avanzate

Il dato più critico riguarda la telemedicina: solo il 9,1% delle CRA modenesi la utilizza — una singola struttura su dodici — contro il 39% della media regionale ponderata e il 73% di Bologna, provincia con il tasso più alto. Nel ranking distrettuale, Modena si colloca al 22° posto su 24 distretti (Tab. 4.3), superata anche da distretti di province con minore capacità di

risposta complessiva. Questo ritardo è particolarmente significativo perché la telemedicina rappresenta la tecnologia con il maggiore potenziale di impatto sull'efficienza operativa e sulla prevenzione degli accessi impropri al pronto soccorso, obiettivo esplicitamente prioritario nelle linee di indirizzo regionali post-pandemiche.

Tab. 4.4. *Distretti e telemedicina*

Posizione	Distretto	% strutture con telemedicina
1°	Savena Idice (BO)	100%
2°	Reno, Lavino e Samoggia (BO)	86%
3°	Appennino Bolognese (BO)	83%
4°	Città di Bologna	79%
...	...	...
21°	Reggio Emilia	17%
22°	Modena	9%
23°	Scandiano (RE)	0%
24°	Fidenza (PR)	0%

Fonte: Indagine Capp

Tra i non-adottanti della telemedicina nel comune di Modena (10 strutture su 12), la barriera principale non è il costo — citato dallo 0% — ma la difficoltà di implementazione (20%), la scarsa utilità percepita (20%) e altre ragioni non codificate (40%), tra cui probabilmente l'assenza di programmi AUSL locali strutturati: nessuna delle strutture che utilizza la telemedicina a Modena lo fa nell'ambito di un programma AUSL, diversamente da quanto avviene in provincia di Bologna dove tali programmi hanno catalizzato la diffusione. Questo profilo di barriere — dominato da resistenze culturali e organizzative piuttosto che da vincoli economici — suggerisce che l'ostacolo principale non sia la disponibilità di risorse ma la mancanza di un ecosistema istituzionale e di accompagnamento.

Il ritardo si estende alle tecnologie più avanzate: realtà virtuale (0% vs 4% ER), dispositivi automatizzati per la cura (0% vs 2%) e robot socialmente assistivi (0% vs 1%) sono completamente assenti. Per i sistemi di sicurezza — seconda fascia per adozione — Modena si ferma al 73%, inferiore alla media regionale (83%) e alla provincia di Forlì-Cesena che raggiunge il 100%. La sensoristica e monitoraggio (45%) e gli SmartHome (18%) sono anch'essi sotto la media regionale, rispettivamente di 4 e 5 punti percentuali.

4.3. Motivazioni, resistenze, soddisfazione e impatto sui costi

Le strutture modenesi che hanno adottato tecnologie assistive dichiarano, in linea con la media regionale, che la motivazione principale è il miglioramento della qualità della vita dei residenti (83%, in linea con l'81% ER). Il monitoraggio della salute (50%) è il secondo driver, con Modena leggermente sopra la media regionale (45%). Emergono invece due scostamenti negativi significativi: la riduzione del carico di lavoro del personale è indicata solo dal 25% delle strutture modenesi (vs 41% ER), e la prevenzione degli accessi al pronto soccorso solo dall'8% (vs 20% ER). Questi dati suggeriscono che le CRA del comune di Modena adottino le tecnologie prevalentemente per finalità assistenziali e relazionali, con una minor propensione a valorizzarne il potenziale di efficienza operativa e riduzione dei costi sanitari.

Tab. 4.5. *Gli indicatori*

Indicatore	Comune di Modena	ER (pond.)	Note comparative
Scopi dell'adozione (% strutture, risposta multipla)			
Migliorare qualità vita residenti	83%	81%	In linea con la media ER
Monitoraggio continuo della salute	50%	45%	Sopra la media ER
Ridurre il carico di lavoro del personale	25%	41%	Sotto la media ER (-16 pp)
Prevenire accessi al pronto soccorso	8%	20%	Sotto la media ER (-12 pp)
Resistenze all'introduzione delle TA			
Nessuna resistenza rilevata	75%	79%	In linea con la media ER
Da parte del personale	8%	10%	In linea
Da parte dei residenti/familiari	0%	3%	Assente
Soddisfazione percepita (scala 0-10)			
Personale sanitario	6,70	6,96	Sotto la media ER; Modena è la provincia con soddisfazione più bassa (ER: range 6,01-8,40)
Residenti/ospiti	6,20	6,39	Sotto la media ER; Modena è la provincia con soddisfazione più bassa (ER: range 5,63-7,50)

Efficacia e costi			
Efficacia valutata formalmente	58%	62%	Leggermente sotto la media ER
Impatto costi: riduzione	0%	13%	Nessuna struttura modenese riporta riduzione dei costi
Impatto costi: aumento	17%	20%	In linea con la media ER
Impatto costi: non rilevato	58%	49%	Maggiore opacità nel monitoraggio economico

Fonte: elaborazioni CAPP su dati survey CAPP-ER. **Verde**: Modena favorevole rispetto alla media ER; **Giallo**: in linea; **Rosso**: Modena sfavorevole.

La soddisfazione percepita sulle TA adottate è positiva ma inferiore alla media regionale: il personale sanitario esprime un punteggio medio di 6,70/10 (ER: 6,96) e i residenti di 6,20/10 (ER: 6,39). In entrambi i casi, la provincia di Modena risulta quella con la soddisfazione media più bassa tra tutte le province ER (6,01 per il personale e 5,63 per i residenti a livello provinciale, contro massimi di 8,40 e 7,50 in provincia di Piacenza). La distribuzione bimodale della soddisfazione evidenziata a livello regionale — con un picco intorno a 5 per i residenti e uno intorno a 7-8 per il personale — suggerisce la coesistenza di strutture con esperienze molto positive e strutture dove le TA non hanno ancora prodotto risultati tangibili. Le resistenze all'introduzione sono contenute e in linea con la media regionale: il 75% delle strutture modenesi non ne ha incontrate, contro il 79% regionale.

Sul fronte dei costi, nessuna struttura del comune di Modena riporta una riduzione dei costi operativi attribuibile alle TA (0% vs 13% ER), mentre il 17% segnala un aumento (in linea con il 20% ER, prevalentemente dovuto agli investimenti iniziali). La quota che non ha rilevato alcun impatto è elevata (58% vs 49% ER), confermando l'assenza di sistemi di monitoraggio economico delle TA in oltre la metà delle strutture. Questa opacità rende difficile valutare la convenienza degli investimenti e limita la capacità di costruire evidenze a supporto di politiche di incentivazione.

4.4. Sintesi e implicazioni di policy per il sistema modenese

Nel complesso, le CRA del comune di Modena presentano un profilo di adozione tecnologica selettivo e inferiore alla media regionale, con un punto di forza sulla digitalizzazione documentale (registri elettronici: 100%) e un ritardo pronunciato sulle tecnologie di seconda e terza generazione — in particolare la telemedicina (9%), che colloca il distretto di Modena al 22° posto su 24 a livello regionale. La composizione proprietaria del campione — dominata da soggetti privati *for profit* (50%) e pubblici (42%), con quasi totale assenza di no profit (8%) — distingue nettamente Modena dal resto della regione e potrebbe spiegare in parte la logica di adozione più conservativa su tecnologie ad alto costo iniziale e ritorno economico incerto.

Le implicazioni per la programmazione locale sono molteplici. In primo luogo, il ritardo nella telemedicina appare strutturalmente diverso da quello osservato in altre province: non è guidato da vincoli di costo (che nel caso modenese non vengono quasi mai citati come freno), ma da deficit di accompagnamento istituzionale e da una scarsa utilità percepita, che richiede interventi informativi e di capacity building più che incentivi finanziari. In secondo luogo, la bassa valutazione della soddisfazione (la più bassa della regione, sia per il personale sia per i residenti) e la diffusa incapacità di misurare l'impatto economico delle TA suggeriscono la necessità di investire in competenze di monitoraggio e valutazione, oltre che nell'adozione delle tecnologie in sé. Infine, l'assenza totale di tecnologie avanzate (VR, robot, dispositivi automatizzati) indica che il sistema modenese è ancora lontano dalla frontiera dell'innovazione assistiva, in un contesto in cui la pressione demografica e la carenza cronica di personale qualificato rendono urgente accelerare la transizione tecnologica.

5. Il lavoro di cura di familiari e personale privato

Il sistema modenese si regge su una rete ampia di operatori professionali (OSS, infermieri, educatori) e di assistenti familiari, spesso di origine straniera.

Gli operatori professionali — in particolare gli Operatori Socio-Sanitari (OSS), gli infermieri, i fisioterapisti e gli educatori — sono impiegati nei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali gestiti da cooperative sociali e altri soggetti accreditati. Essi coniugano competenze tecniche e relazionali, assicurando interventi personalizzati e un presidio costante della qualità assistenziale. Il loro lavoro è caratterizzato da grande intensità, flessibilità oraria e responsabilità, e richiede formazione continua, in particolare nella gestione delle patologie croniche e delle demenze. Tuttavia, non mancano criticità legate ai carichi di lavoro, al turnover e alla difficoltà di reclutamento di nuovo personale qualificato, soprattutto nei servizi domiciliari.

Accanto agli operatori professionali, un ruolo fondamentale è svolto dai caregiver familiari, ossia i parenti — spesso donne di mezza età — che si prendono cura quotidianamente di un congiunto non autosufficiente. In Emilia-Romagna questa figura è riconosciuta e tutelata dalla Legge Regionale n. 2/2014, che prevede interventi di sostegno economico, formazione e servizi di sollievo. Anche a Modena, il Comune e l'AUSL promuovono ogni anno iniziative pubbliche, sportelli informativi e momenti di sensibilizzazione dedicati a chi si prende cura "in silenzio". Nonostante ciò, il carico fisico ed emotivo resta elevato, e molti caregiver segnalano difficoltà nel conciliare vita lavorativa e cura, scarsa disponibilità di servizi di sollievo e isolamento sociale.

Una parte significativa del lavoro di cura è infine assicurata dalle assistenti familiari o badanti, spesso di origine straniera, impiegate direttamente dalle famiglie. Esse rappresentano oggi un pilastro silenzioso ma essenziale del welfare modenese. Operano prevalentemente nel contesto domestico, in forma convivente o part-time, offrendo assistenza continuativa alla persona anziana o disabile. Numerose agenzie e cooperative del territorio forniscono supporto per la selezione, la formazione e la gestione contrattuale di queste figure, contribuendo a contrastare fenomeni di irregolarità. Tuttavia, la loro condizione lavorativa rimane spesso precaria e poco riconosciuta, pur essendo determinante per la tenuta

complessiva del sistema locale di assistenza.

5.1. Le “badanti”

Nell’ambito dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti, un ruolo fondamentale è svolto dall’assistenza fornita a domicilio, sia da parte dei caregiver familiari sia dalle assistenti familiari (badanti). Questa componente, spesso poco visibile ma decisiva, integra e in molti casi supplisce l’offerta pubblica e quella dei servizi accreditati, consentendo a un numero crescente di persone anziane di rimanere nella propria abitazione.

Il ricorso a forme di assistenza familiare o privata è una componente stabile e fondamentale del welfare italiano. Questa sezione presenta alcune statistiche che illustrano la dimensione e le caratteristiche di questo fenomeno nel Comune di Modena.

L’analisi si concentra sul segmento regolare del lavoro di cura, cioè sulle posizioni registrate presso la banca dati INPS sui lavoratori domestici, che in essa sono distinti tra badanti e colf. Questa distinzione deriva dalle dichiarazioni dei datori di lavoro, quindi una parte delle persone censite come colf potrebbe in realtà svolgere compiti di assistenza alla persona. I dati ufficiali vanno dunque interpretati come una stima parziale della reale consistenza del fenomeno, anche e soprattutto perché molte badanti operano senza contratto o in forme di impiego non regolare. Alcune ricerche indicano che il lavoro formalmente registrato rappresenta soltanto tra il 40% e il 50% del totale. Questa incidenza varia da un territorio all’altro, in relazione a fattori come la composizione delle famiglie, la disponibilità di servizi socio-assistenziali, il tasso di occupazione femminile e il livello dei redditi locali. In questa prospettiva, i dati INPS sono un punto di riferimento utile per analizzare la parte visibile di un sistema di cura più diffuso.

Secondo l’Osservatorio Inps sui lavoratori domestici, in Italia il numero totale di lavoratori domestici è nel 2024 di 817.403 persone, e segue una tendenza alla diminuzione rispetto al numero massimo di 975.228 raggiunto nel 2021. In Emilia-Romagna i lavoratori domestici nel 2024 sono 69866, anche qui in calo rispetto agli 86412 del 2021. In provincia di Modena il loro numero, sempre nel 2024, è di 12.110 unità (14.949 nel 2021).

Tab. 5.1. *Numero di lavoratori domestici iscritti all’Inps in Emilia-Romagna, per provincia*

	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì - Cesena	Rimini	Totale
2015	4606	8636	8723	13870	22556	5776	6196	5896	5539	81798
2016	4405	8267	8349	13287	21837	5547	6095	5754	5283	78824
2017	4295	7949	8079	12896	21623	5428	6080	5708	5275	77333
2018	4218	7814	7880	12698	21567	5223	6104	5685	5258	76447
2019	4173	7716	7799	12561	21525	5297	5977	5598	5232	75878
2020	4640	8079	8821	13901	23068	5738	6398	6070	5781	82496
2021	4911	8574	9658	14949	23913	5939	6467	6161	5840	86412
2022	4536	7941	9183	13697	21915	5160	5827	5509	5357	79125
2023	4227	7149	7951	12353	19957	4834	5334	5079	5034	71918
2024	4287	6876	7564	12110	19375	4623	5156	4959	4916	69866

Fonte: Osservatorio Inps sui lavoratori domestici

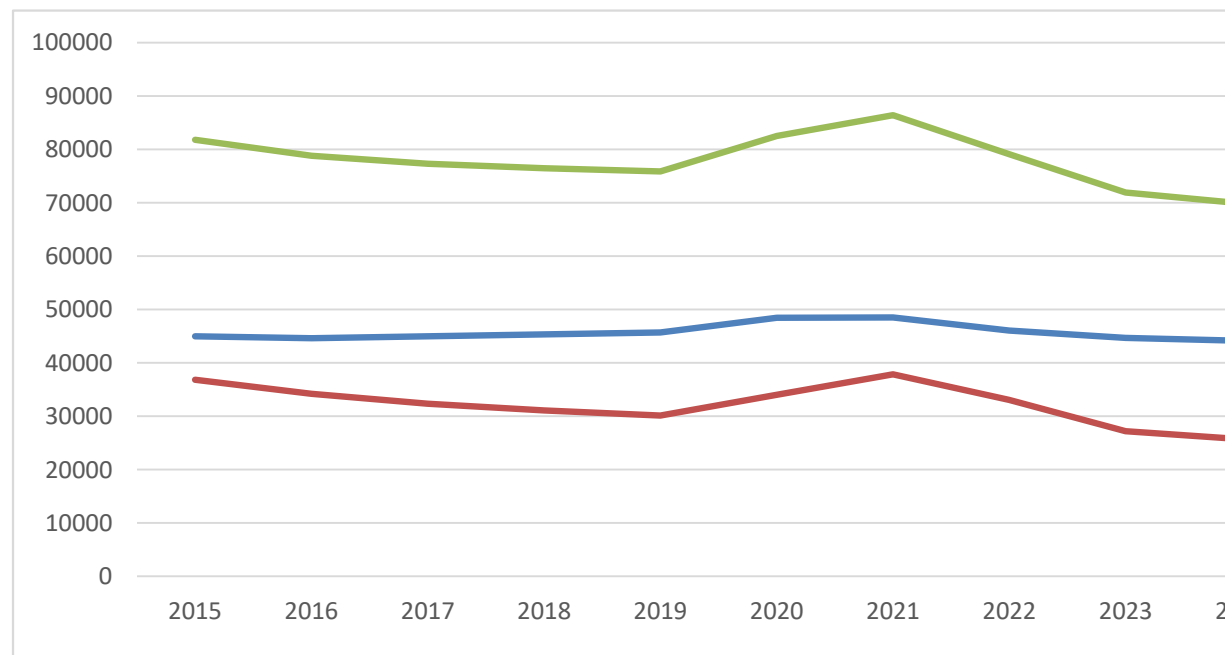
Nel casellario Inps i lavoratori domestici sono suddivisi in due tipologie di rapporto: colf e badanti. La tabella che segue si riferisce solo a questa seconda categoria. Se è realistica la stima di una incidenza del lavoro non dichiarato del 50%, allora in provincia di Modena potrebbero essere presenti fino a circa 16mila badanti.

Tab. 5.2. Numero di badanti iscritte all'Inps in Emilia-Romagna, per provincia

	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Bologna	Ferrara	Ravenna	Forlì -Cesena	Rimini	Totale
2015	2372	4025	4752	7676	11679	3294	3957	3917	3291	44963
2016	2288	3946	4707	7683	11667	3246	3971	3866	3247	44621
2017	2273	3899	4643	7696	11902	3293	4051	3898	3340	44995
2018	2262	3899	4720	7741	12068	3216	4154	3912	3375	45347
2019	2254	3943	4749	7780	12179	3374	4116	3900	3430	45725
2020	2391	4072	5242	8280	12789	3571	4311	4127	3674	48457
2021	2438	4122	5261	8410	12796	3603	4281	4016	3613	48540
2022	2390	3950	5129	8117	12043	3305	3932	3769	3397	46032
2023	2415	3791	5092	7958	11595	3156	3672	3659	3369	44707
2024	2510	3694	5030	7805	11466	3053	3662	3620	3319	44159

Fonte: Osservatorio Inps sui lavoratori domestici

Fig. 5.1. Lavoratori domestici in Emilia-Romagna per tipologia di rapporto e anno di attività

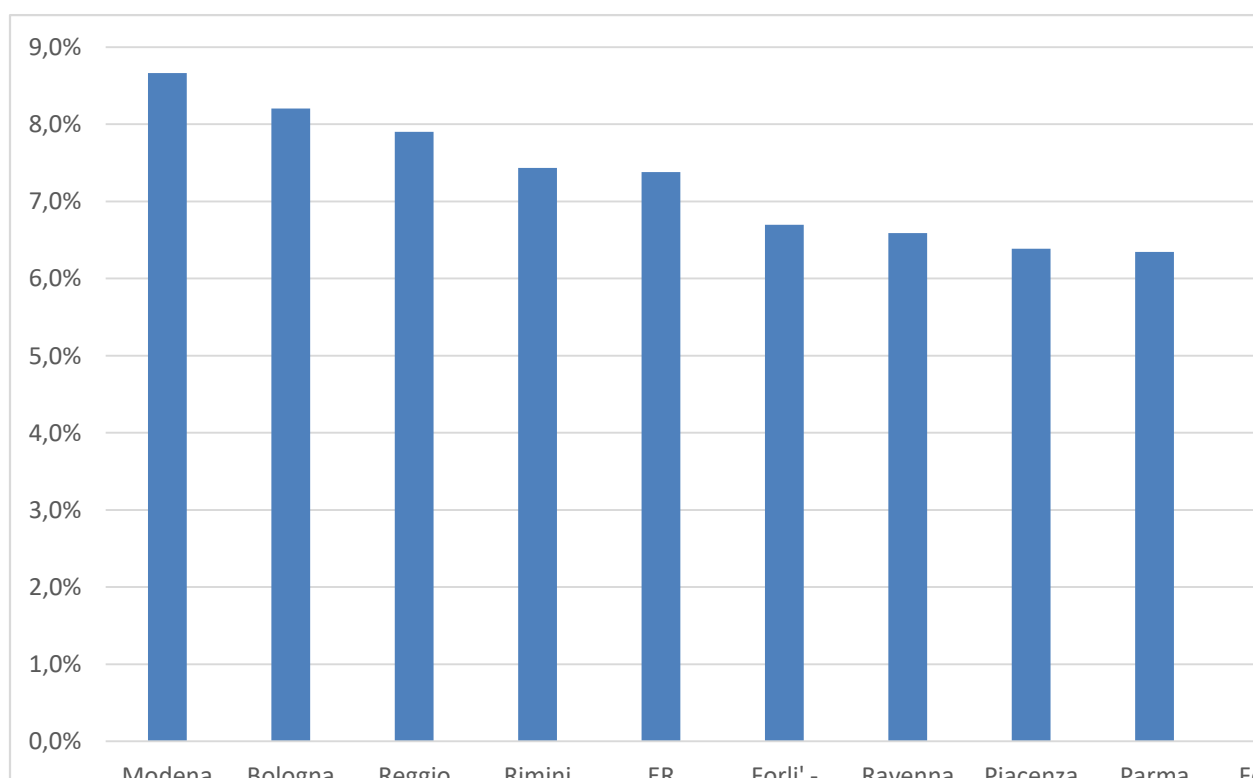


Fonte: Osservatorio Inps sui lavoratori domestici

Dal 2021 è in atto una forte riduzione del numero dei lavoratori e lavoratrici iscritti come colf, mentre il numero delle badanti è anch'esso in riduzione negli ultimi anni, ma meno marcata. Per le colf nel 2019 si registra una interruzione della tendenza discendente iniziata già nel 2015, ma nel 2022 ricomincia una significativa riduzione. In media, in Emilia-Romagna nel 2024 vi sono 74 lavoratori domestici classificati come badanti per 100 anziani con almeno 75 anni. Il valore massimo del rapporto si registra nella provincia di Modena con 8,7, seguita da

Bologna e Reggio Emilia. Il Rapporto della Regione Emilia-Romagna relativo ai lavoratori domestici in regione nel 2021 disponeva anche dei dati relativi ai singoli distretti socio-sanitari e rilevava un valore massimo del rapporto tra badanti con regolare contratto e anziani con almeno 75 anni proprio nel distretto di Modena con 12,1% nel 2021, seguita dalla città di Bologna con 11%. Nella provincia di Modena, dopo la città capoluogo veniva Mirandola (9,9%), quindi Vignola e Castelfranco (9,4%), Sassuolo (8,3%), Carpi (8,2%) e Pavullo (7,4%). I dati per distretto aggiornati al 2023 vedevano nel comune di Modena 2.913 badanti, cioè l'11,6% degli anziani con almeno 75 anni, una percentuale molto superiore a quelle degli altri distretti della provincia di Modena. Considerato un tasso di lavoro nero del 50%, e la tendenza alla riduzione del numero totale di badanti, si potrebbe quindi concludere che nel comune di Modena siano oggi presenti circa 5.000-5.500 badanti, di cui circa 2.900 iscritte all'Inps. Oltre alle badanti, anche molti familiari prestano attività di cura verso anziani non autosufficienti. Istat stima nel 4% la quota di popolazione adulta impegnata in quest'ambito.

Fig. 5.2. Rapporto tra numero di badanti e numero di anziani con almeno 75 anni per provincia in Emilia-Romagna nel 2024



Fonte: Osservatorio Inps sui lavoratori domestici e Istat

6. Conclusioni

L'offerta di servizi per anziani e persone con disabilità nel Comune di Modena si inserisce in un contesto demografico caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dalla crescita dei bisogni di assistenza legati alla non autosufficienza. Le stime sulla domanda potenziale indicano che la popolazione dei non autosufficienti è numerosa e destinata ad

aumentare, soprattutto nella fascia degli over 85, con effetti importanti sulla capacità di risposta del sistema locale di welfare.

La governance multilivello e il modello di finanziamento, fondato sull'integrazione tra risorse regionali, comunali e delle famiglie, consentono di mantenere un elevato livello di coordinamento socio-sanitario e di garantire l'accesso ai servizi ad almeno una parte delle persone con disabilità. L'offerta prevede servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, con un forte orientamento alla permanenza a domicilio e con la presa in carico delle situazioni più gravi attraverso le strutture residenziali.

Il confronto tra domanda potenziale e offerta disponibile mostra come il sistema pubblico e accreditato, anche sommando assistenza a domicilio e residenze, riesca a intercettare solo una parte della domanda potenziale. Esso non può quindi sostituire la cura familiare ma la integra, concentrandosi sui casi di maggiore difficoltà sanitaria e sociale. Nei servizi per disabili adulti, la lunga permanenza degli utenti assicura continuità ma riduce il turnover, generando liste di attesa e limitando la capacità di risposta a nuovi bisogni. Nei servizi per anziani, la copertura domiciliare è limitata in intensità, mentre la residenzialità comporta costi elevati e, malgrado questi, un eccesso di domanda.

In questo equilibrio precario svolgono un ruolo centrale sia il lavoro di cura informale dei familiari sia l'assistenza garantita dalle assistenti familiari, che rappresentano una componente strutturale, spesso poco visibile, del welfare locale. La diffusione di queste forme di cura consente al sistema di reggere l'urto di una domanda crescente, ma la dipendenza dall'assistenza privata, pur essendo un elemento di flessibilità, solleva interrogativi in termini di equità nell'accesso, capacità delle famiglie di sostenere costi elevati, qualità della cura e sostenibilità nel tempo, soprattutto in un contesto in cui le reti familiari stanno diventando progressivamente più fragili.

Un altro problema che emerge da questo quadro è la difficoltà di reperire personale qualificato nei servizi di cura, che rappresenta un vincolo crescente alla capacità di espansione dell'offerta. Infine, la sostenibilità economica del sistema è messa sotto pressione dall'aumento dei costi e dalla crescita della domanda. Anche l'adozione delle tecnologie assistive, pur offrendo potenziali benefici in termini di qualità e organizzazione dell'assistenza, risulta ancora limitata e disomogenea, soprattutto nelle soluzioni più innovative.

Il sistema modenese dei servizi per la non autosufficienza è quindi solido nelle sue fondamenta organizzative e istituzionali, ma esposto a tensioni crescenti che richiederanno, nei prossimi anni, un rafforzamento degli interventi e una capacità di adattamento ai nuovi bisogni.

Riferimenti bibliografici

- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571.
- CERGAS – SDA Bocconi (2023). *Rapporto OASI 2023. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*. Egea, Milano.
- Choi, Y., et al. (2024). Assistive robotics and automation in elderly care: applications and outcomes. [rivista/working paper].
- Edirippulige, S., et al. (2013). Telemedicine in long-term care: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(4), 199–205.
- Federici, S., Meloni, F., & Borsci, S. (2021). *Theoretical frameworks and technologies in assistive technology research*. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(2), 113–123.
- Felding, S. A., et al. (2023). Socially assistive robots in dementia care: a systematic review of effectiveness and ethical implications. *Aging & Mental Health*.
- Fosti, G., Notarnicola, E., & Perobelli, E. (a cura di) (2022). Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti. 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, Milano.
- Fosti, G., Notarnicola, E., & Perobelli, E. (a cura di) (2025). Il settore long term care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione. 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea, Milano.
- Giovanelli, S., Monti, S., & Schiavon, B. (2025). I servizi sociosanitari accreditati in Emilia-Romagna. Monitoraggio al 31/12/2024. Regione Emilia-Romagna.
- Grigorovich, A., et al. (2021). Monitoring technologies in long-term care settings: implications for quality and safety. *Health Policy*.
- Huynh, T., et al. (2021). Real-time location systems in healthcare: applications and challenges. *Journal of Healthcare Engineering*.
- Ienca, M., et al. (2021). Virtual reality in elderly care: clinical applications and ethical considerations. *Frontiers in Medicine*.
- INPS (2024). Osservatorio sui lavoratori domestici. Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.
- ISTAT (2023). *Aspetti della vita quotidiana*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

ISTAT (2023). European Health Interview Survey (EHIS). Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

ISTAT (vari anni). Demo – Demografia in cifre. Disponibile su: <https://demo.istat.it>

Istituto Superiore di Sanità (2023). PASSI d'Argento – Sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana.

Istituto Superiore di Sanità (2023). *PASSI d'Argento. Rapporto nazionale sulla popolazione anziana in Italia*. Roma.

Lemaire, C., et al. (2023). Digital communication tools and social wellbeing among older adults. *Gerontology*.

Loveys, K., et al. (2022). Wearable sensors in healthcare: monitoring and clinical applications. *npj Digital Medicine*.

Ministero della Salute (2017). DPCM 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). *Gazzetta Ufficiale*.

Newbould, J., et al. (2017). *Telehealth for long-term conditions: systematic review*. *BMJ Open*, 7(5), e013259.

Notarnicola, E., & Petrobelli, E. (2025). Lo stato dell'arte del settore LTC in Italia, in Fosti, G., Notarnicola, E., & Perobelli, E. (a cura di), *Il settore long term care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione*. Egea.

Pierre, J., & Peters, B. G. (2000). *Governance, Politics and the State*. Macmillan.

Regione Emilia-Romagna (2016). Deliberazione della Giunta Regionale n. 273/2016 – Accreditamento dei servizi sociosanitari.

Regione Emilia-Romagna (2022). *I lavoratori domestici in Emilia-Romagna. Focus assistenti familiari – Rapporto 2021*.

Regione Emilia-Romagna (2024). *I lavoratori domestici in Emilia-Romagna – Report 2023*.

Regione Emilia-Romagna (2024). *ReportER – Il sistema informativo regionale sui servizi sociosanitari*. Bologna.

Robic, S., & Rotar Pavlic, D. (2021). Telehealth and elderly care: evidence from COVID-19. *BMC Health Services Research*.

Rhodes, R. A. W. (1996), *The New Governance: Governing without Government*, *Political Studies*, 44(4), pp. 652–667.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.

Yuan, S., et al. (2023). Socially assistive robots for older adults: evidence on psychological outcomes. *International Journal of Social Robotics*.

Zhao, J., et al. (2021). Smart health monitoring systems in long-term care. *Sensors*.