



## Assistenza e servizi socio sanitari

A cura del  
Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità

Per contatti rivolgersi a:  
Istat– Sistema di informazione Statistica sulla Disabilità  
Viale Liegi, 13 00198 Roma  
Emaildisabili@istat.it  
Tel.+39 0646731

# Assistenza e servizi socio-sanitari

## 1. Introduzione

I sistemi di welfare sono realizzati individuando un insieme centralizzato di istituzioni tra loro interdipendenti e orientate a fronteggiare i rischi e gli effetti negativi provocati dai processi di cambiamento dei sistemi produttivi e tecnologici e dai connessi processi di cambiamento delle figure professionali, caratteristici delle economie avanzate<sup>1</sup>. A tal fine sono offerte prestazioni monetarie e/o servizi reali a sostegno di coloro che, in conseguenza di tali cambiamenti, rischiano di perdere la capacità di vivere autonomamente in società.

Tra coloro maggiormente a rischio di esclusione sociale vi sono certamente le persone con disabilità che, a seguito dei cambiamenti demografici, sociali e culturali avvenuti in Italia negli ultimi decenni, hanno manifestato più chiaramente i loro bisogni. La natura di questi bisogni è spesso composita e richiede, tra l'altro, prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale; pertanto per assicurare alle persone con disabilità prestazioni adeguate, oltre alle risorse economiche, si è resa necessaria la collaborazione tra i servizi di assistenza e l'integrazione tra livelli organizzativi e gestionali delle istituzioni coinvolte.

La componente socio-assistenziale degli interventi socio-sanitari non è regolata a livello centrale dal punto di vista normativo e ha quindi seguito percorsi differenziati a livello locale, regolati da normative nazionali settoriali, dalla legislazione regionale e dai piani sanitari. La riforma dell'Assistenza non è andata di pari passo con la riforma della Sanità e soltanto dalla fine del 2000, si dispone della legge quadro n.328 sul sistema di interventi e di servizi sociali che vuole regolare anche le prestazioni socio-sanitarie.

La L. 328/2000 "... assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare...". Le azioni di intervento per realizzare un sistema integrato di servizi sociali sono di competenza degli Enti Locali, delle Regioni e dello Stato "... secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali".

Per ricostruire un quadro sull'assistenza e i servizi sanitari e sociali rivolti direttamente o indirettamente, alle persone con disabilità è necessario rifarsi a più fonti dati.

---

<sup>1</sup> Rapporto Annuale 2003 – Istat

Il lavoro si basa sui dati del Ministero della Salute relativi alle Asl e alle Aziende Ospedaliere e sui dati dell'Istat relativi ai Presidi Residenziali Socio-Assistenziali e agli Interventi e i Servizi socio-assistenziali delle Amministrazioni Provinciali. Si è consapevoli, tuttavia, che tali dati non consentono di avere un quadro esaustivo sull'assistenza e sui servizi socio-sanitari a favore delle persone con disabilità, ma almeno permettono di avere un'informazione sulla tipologia e sulla dimensione dell'offerta socio-sanitaria.

Sono state analizzate, nel dettaglio regionale e facendo riferimento all'ultimo anno disponibile dei dati, le informazioni sull'assistenza e sui servizi che si rivolgono alle persone con disabilità.

Si descrive l'assistenza e i servizi socio-sanitari facendo riferimento alla dimensione dell'offerta di strutture e all'attività di assistenza erogata a favore delle persone con disabilità, rimandando l'analisi degli aspetti economici ad un altro approfondimento. Non sempre è stato possibile rintracciare l'informazione relativa alla disabilità, in alcuni casi si considerano dei tipi di assistenza e di servizi che "presumibilmente" sono rivolti alle persone con disabilità, ma di cui non si ha una chiara indicazione.

Il percorso di analisi parte da una descrizione territoriale di una serie di servizi di assistenza rivolti alle persone con disabilità: come l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli anziani, ai disabili fisici e psichici, analizzando sia le strutture offerte che l'attività svolta. L'analisi prosegue con informazioni sulla riabilitazione rivolta alle persone con disabilità, anche se non in maniera esclusiva, prendendo in considerazione la riabilitazione motoria, neurologica, neuropsichiatrica e altri tipi di riabilitazione, e sulla attività di riabilitazione e lungodegenza nelle strutture di ricovero. Al fine di conoscere il contesto in cui vivono le persone con disabilità in istituto vengono illustrati anche i dati sulle strutture e le attività dei presidi residenziali socio-sanitari. Infine, si presentano dei dati utili per fornire un quadro sugli interventi delle amministrazioni provinciali rivolti alle persone con disabilità.

## **2 Assistenza Domiciliare Integrata e Dipartimento di Salute Mentale**

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti l'ADI è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale, di medicina specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende, di assistenza sociale.

In generale, le ipotesi di attivazione dell'intervento si rivolgono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici,

malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è una sistema complesso all'interno del quale operano, con le modalità tipiche del lavoro di gruppo, diverse figure professionali. Il lavoro clinico terapeutico e riabilitativo sul paziente è coordinato dallo psichiatra. Le equipe di lavoro operano in diverse strutture finalizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie psichiatriche. La territorializzazione degli interventi fa sì che il centro principale degli interventi sia il territorio e che si ricorra al ricovero ospedaliero solamente in casi selezionati.

Nel 2002 in Italia erano attivi 171 servizi di Assistenza Domiciliare Integrata e 158 Dipartimenti di Salute Mentale (Tavola 1). Circa una Asl su dieci non offre il servizio di ADI e due su dieci non hanno un DSM. Ben diversa è la realtà quando si passa al dettaglio regionale, in alcune regioni infatti si riscontra mediamente un servizio di assistenza domiciliare integrata in ogni Asl (Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano, Toscana, Marche, Basilicata e Sardegna), di contro in altre regioni non viene offerto da tutte le Asl il servizio di assistenza domiciliare, con valori molto bassi in alcune regioni meridionali (Abruzzo, Campania, Puglia e Calabria).

**Tavola 1. Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, Dipartimenti di Salute Mentale e Asl, per regione. Anno 2002**

	Servizio di assistenza domiciliare integrata	Dipartimento di salute mentale	Asl rilevate
Piemonte	21	20	22
Valle d'Aosta	1	1	1
Lombardia	15	2	15
Bolzano	4	1	4
Trento	1	1	1
Veneto	19	21	21
Friuli Venezia Giulia	6	6	6
Liguria	4	4	5
Emilia Romagna	11	11	13
Toscana	12	12	12
Umbria	3	3	4
Marche	13	13	13
Lazio	10	11	12
Abruzzo	4	4	6
Molise	3	1	4
Campania	9	11	13
Puglia	8	11	12
Basilicata	5	5	5
Calabria	7	8	11
Sicilia	7	8	9
Sardegna	8	4	8
<b>Italia</b>	<b>171</b>	<b>158</b>	<b>197</b>

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute

Nel corso del 2002 sono stati assistiti al proprio domicilio 324.806 pazienti, di questi l'80,8 per cento è rappresentato da assistiti anziani, con un'età superiore a 65 anni (Tavola 2). In alcune realtà territoriali l'ADI si caratterizza, infatti, per essere un servizio rivolto soprattutto agli anziani, come in Liguria, nelle Marche e in Toscana; mentre a Trento nessuno dei casi trattati riguarda un anziano e in Abruzzo soltanto la metà sono anziani.

Per dimensionare il numero di assistiti rispetto alla popolazione regionale è utile costruire un indicatore di impatto: in Italia vengono assistiti circa 56 pazienti ogni 10 mila abitanti, con una notevole variabilità tra le regioni con un alto numero di casi di assistenza domiciliare, Friuli Venezia Giulia, Molise e Emilia Romagna, e le regioni dove tale valore risulta molto basso, Bolzano, Calabria, Sicilia e Campania. Questo dato potrebbe essere letto, da un lato, come il frutto di un'utenza più o meno bisognosa sul territorio e dall'altro come lo specchio di un servizio di assistenza più o meno efficiente.

**Tavola 2. Casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata, percentuali di casi trattati come individui anziani e tasso per 10.000 abitanti, per regione. Anno 2002**

	Casi trattati	Di cui anziani (%)	Tasso per 10.000 ab.
Piemonte	18.937	78,3	44,4
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	53.610	76,7	59,0
<i>Bolzano</i>	<i>153</i>	<i>77,8</i>	<i>3,3</i>
<i>Trento</i>	<i>679</i>	<i>0,0</i>	<i>14,2</i>
Veneto	38.592	83,4	85,2
Friuli Venezia Giulia	29.577	78,8	249,2
Liguria	10.074	99,0	62,9
Emilia Romagna	49.134	87,7	122,9
Toscana	27.754	89,7	78,7
Umbria	4.005	86,7	48,0
Marche	8.956	89,9	61,0
Lazio	42.062	67,1	80,1
Abruzzo	4.829	51,7	37,9
Molise	5.288	89,1	162,7
Campania	7.292	86,7	12,7
Puglia	10.129	82,5	25,0
Basilicata	4.035	86,5	67,0
Calabria	1.987	70,3	9,8
Sicilia	5.582	85,3	11,1
Sardegna	2.131	78,1	13,0
<b>Italia</b>	<b>324.806</b>	<b>80,8</b>	<b>56,5</b>

*Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute*

### 3. Assistenza sanitaria non ospedaliera alle persone con disabilità

L'assistenza sanitaria non ospedaliera viene erogata attraverso strutture in cui si garantiscono prestazioni specialistiche quali l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; strutture territoriali quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i consultori

materno-infantile e i centri distrettuali; strutture semiresidenziali, ad esempio i centri diurni psichiatrici; strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali, le case protette, ecc.. Di particolare interesse per l'analisi è la dimensione delle strutture sanitarie pubbliche<sup>2</sup> e private accreditate<sup>3</sup> dedicate all'assistenza psichiatrica, agli anziani, ai disabili fisici e ai disabili psichici.

### **3.1 Le strutture per l'assistenza sanitaria alle persone con disabilità**

L'**assistenza psichiatrica** viene garantita soprattutto nelle strutture pubbliche, con 2.722 strutture sanitarie idonee all'assistenza specifica, molte delle quali si trovano in Lombardia, in Veneto, in Toscana e in Piemonte (Tavola 3).

Per avere un indicatore, idoneo a valutare l'offerta di strutture di assistenza psichiatrica rispetto al potenziale bacino di utenza, si ricorre al tasso per 100 mila abitanti. In Toscana, Friuli Venezia Giulia e Lombardia è a disposizione dei cittadini il maggior numero di strutture pubbliche: rispettivamente 7,3, 7,0 e 6,9 strutture per 100 mila abitanti. Valori al di sopra della media nazionale (4,7) si registrano anche in Veneto, Piemonte, Umbria, Emilia Romagna e Valle d'Aosta. Anche considerando la popolazione residente nelle regioni si hanno poche strutture pubbliche per l'assistenza psichiatrica in Molise, a Bolzano, in Puglia e in Abruzzo. Le strutture private, 445 in Italia, sono più diffuse in Liguria (2,0), in Veneto (1,9), in Piemonte (1,6) e in Basilicata (1,3), mentre sono assenti a Trento e sono poche in Calabria, Valle d'Aosta, Abruzzo e Molise.

L'**assistenza agli anziani** è garantita maggiormente dalle strutture private accreditate. Le 1.952 strutture in Italia si trovano soprattutto in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto e sono assenti in Valle d'Aosta e in Molise.

Rispetto al numero di abitanti è l'Emilia Romagna che ha sul territorio più strutture private accreditate per l'assistenza agli anziani (11,7), seguono Trento (9,6), Veneto (6,8), Lombardia (6,1) e Toscana (5,2); tali strutture sono invece poco diffuse in alcune regioni meridionali come la Basilicata, la Campania, la Sicilia e la Puglia.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche è di nuovo la Toscana a presentare il valore più alto del numero di strutture per 100 mila abitanti (3,5) a cui seguono l'Umbria (2,2), il Piemonte e le Marche (1,8).

Anche per l'**assistenza ai disabili fisici** si conferma la tendenza ad un maggior numero di strutture nel privato accreditato (605), piuttosto che nel pubblico (305).

---

<sup>2</sup> Sono definite strutture pubbliche le aziende ospedaliere, gli ospedali a gestione diretta, i policlinici universitari, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art.1, ultimo comma, L. 132/1968, gli istituti psichiatrici residuali, gli istituti privati qualificati presidio della U.S.L. e gli enti di ricerca.

<sup>3</sup> Sono definite strutture private accreditate le case di cura private accreditate presso il S.S.N.

Le strutture private accreditate sono dislocate per il 40 per cento in Emilia Romagna e per il 17 per cento in Veneto; anche rispetto agli abitanti sono l'Emilia Romagna, il Veneto e l'Umbria ad offrire il maggior numero di strutture private accreditate (rispettivamente 6,1, 2,3 e 2,0 strutture per 100 mila abitanti). La diffusione delle strutture pubbliche, sempre rispetto al numero degli abitanti, è analoga a quella delle strutture private: si trovano maggiormente in Umbria, Emilia Romagna, Toscana e Veneto, e in misura ridotta in Sicilia, Campania e Lazio. Le strutture per l'assistenza ai disabili fisici, sia pubbliche che private, sono poco diffuse sul territorio della Sicilia, della Campania, del Lazio e della Puglia, e praticamente assenti in Valle d'Aosta e in Lombardia.

L'unico tipo di assistenza in cui si equivale l'offerta pubblica e privata è l'**assistenza ai disabili psichici**. È il Veneto ad offrire ai propri abitanti il maggior numero di strutture private accreditate (4,8), a cui seguono l'Umbria (2,4) e il Friuli Venezia Giulia (2,0), mentre per le strutture pubbliche è la Toscana (2,4) seguita dal Veneto e dal Friuli Venezia Giulia (1,9). Da notare che in Emilia Romagna e in Molise non ci sono strutture per l'assistenza ai disabili psichici.

Le strutture sanitarie si differenziano per il tipo di assistenza erogata: quando si tratta di assistenza psichiatrica si trovano molte più strutture pubbliche; al contrario, per l'assistenza agli anziani e ai disabili fisici le strutture più diffuse sono di tipo privato accreditato, mentre l'assistenza ai disabili psichici viene offerta quasi indistintamente nel settore pubblico o privato accreditato.

Dai dati regionali emerge che è la Toscana ad offrire maggiormente ai propri abitanti strutture pubbliche, sia per l'assistenza psichiatrica, sia per quella rivolta agli anziani e ai disabili psichici; l'Umbria prevale per l'assistenza pubblica ai disabili fisici; mentre l'Emilia Romagna offre soprattutto strutture private accreditate per l'assistenza agli anziani e ai disabili fisici, senza strutture per l'assistenza ai disabili psichici. La Liguria è la regione che offre ai suoi abitanti il maggior numero di strutture private per l'assistenza psichiatrica e il Veneto per l'assistenza ai disabili psichici.

**Tavola 3. Strutture sanitarie pubbliche e private per tipo di assistenza erogata e regione. Anno 2002**

	Assistenza psichiatrica		Assistenza anziani		Assistenza disabili fisici		Assistenza disabili psichici	
	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati	Pubblici	Privati
Piemonte	241	70	78	174	25	67	26	73
Valle d'Aosta	6	1	-	-	-	-	-	1
Lombardia	627	72	48	552	17	45	86	163
<i>Bolzano</i>	8	2	-	15	-	-	4	-
<i>Trento</i>	11	-	1	46	1	4	-	4
Veneto	262	86	24	310	54	103	85	218
Friuli Venezia Giulia	83	10	20	49	6	5	23	24
Liguria	75	32	16	40	6	4	8	1
Emilia Romagna	202	27	12	469	60	245	-	-
Toscana	259	30	125	184	51	41	84	60
Umbria	46	6	18	15	14	17	12	20
Marche	65	6	27	11	8	11	21	7
Lazio	218	9	9	39	5	9	41	5
Abruzzo	28	1	6	3	-	2	2	1
Molise	2	13	2	-	-	1	-	-
Campania	144	10	16	2	4	21	26	-
Puglia	82	33	-	6	12	5	17	23
Basilicata	18	8	-	2	6	4	5	6
Calabria	47	2	2	18	13	9	19	10
Sicilia	237	24	9	5	7	5	32	5
Sardegna	61	3	1	12	16	7	23	8
<b>Italia</b>	<b>2.722</b>	<b>445</b>	<b>414</b>	<b>1.952</b>	<b>305</b>	<b>605</b>	<b>514</b>	<b>629</b>

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute

### 3.2 L'attività di assistenza sanitaria per le persone con disabilità

La tutela della salute delle persone con disabilità e degli anziani richiede che siano compiuti interventi di completamento sull'intero territorio del modello organizzativo dipartimentale, integrando le strutture operative e riqualificando in modo opportuno strutture e personale<sup>4</sup>. L'obiettivo è quello di incrementare le prestazioni erogate dai servizi territoriali, passando così dal controllo sociale delle persone con disabilità alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi che causano disabilità.

La struttura in cui viene erogata l'assistenza è diversa a seconda della tipologia di assistenza offerta: l'assistenza agli anziani, in termini di posti disponibili, prevale nelle strutture residenziali con 125.179 posti, come anche l'assistenza ai disabili fisici con 8.888 posti e l'assistenza psichiatrica con 12.300 posti; l'assistenza ai disabili psichici viene offerta, in termini di posti, nella stessa misura nelle strutture residenziali e semiresidenziali (Tavola 4).

Dai dati emerge che gli utenti si rivolgono maggiormente alle strutture semiresidenziali per l'assistenza psichiatrica o psichica, mentre prevalgono le strutture residenziali nella scelta dell'assistenza agli anziani e ai disabili fisici. Forse, più che di scelta, si dovrebbe parlare di indirizzamento dei bisogni verso la struttura che meglio risponda alle esigenze dell'utente.

<sup>4</sup> Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2002

**Tavola 4. Posti e utenti delle strutture sanitarie per tipo di struttura e di assistenza.  
Anno 2002**

	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali	
	Posti	Utenti	Posti	Utenti
Assistenza psichiatrica	9.403	25.593	12.300	15.429
Assistenza ai disabili	9.790	11.343	9.059	9.397
Assistenza anziani	5.316	7.902	125.179	172.647
Assistenza ai disabili fisici	7.462	7.332	8.888	11.916

*Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute*

Per l'**assistenza psichiatrica** nelle strutture semiresidenziali si riscontra un valore nazionale pari a 2,7 utenti per posto con valori molto elevati in alcune realtà regionali: Calabria (8,2), Friuli Venezia Giulia (5,4) e Sicilia (4,2) (Tavola 5). Il numero di utenti per posto nelle strutture residenziali è di 1,3, consistentemente più basso rispetto a quello delle strutture semiresidenziali, segno sia del diverso tipo di servizio offerto, che dei diversi bisogni che vengono soddisfatti nelle due strutture.

Nelle strutture semiresidenziali per l'**assistenza ai disabili psichici** si evidenzia un valore nazionale pari a 1,2 utenti per posto. Nel dettaglio regionale però emergono forti diversità: valori molto alti si trovano a Bolzano e in Sicilia, contro valori molto bassi in Basilicata, in Lombardia e in Friuli Venezia Giulia. Si riscontra a livello nazionale un rapporto di parità tra utenti e posto letto nelle strutture residenziali, con valori alti a Bolzano e in Sicilia e con valori più bassi in Piemonte, Puglia e Sardegna.

L'**assistenza agli anziani** è caratterizzata da 1,5 utenti per posto nelle strutture semiresidenziali e 1,4 nelle strutture residenziali.

Nelle strutture semiresidenziali per l'**assistenza ai disabili fisici** si evidenzia a livello nazionale un rapporto di parità tra utenti e posti. Mentre nel Lazio il valore sale al 4,8 per diminuire in Calabria, Basilicata, Sardegna e Lombardia.

Il rapporto tra utenti e posto letto sale al 1,3 nelle strutture residenziali, con dei valori alti in Friuli Venezia Giulia e in Sicilia e dei valori bassi in Puglia e Piemonte, e in Liguria, Umbria e Campania.

Tavola 5. Numero di utenti per posto per tipologia di assistenza, di struttura e per regione. Anno 2002

	Assistenza ai disabili				Assistenza ai disabili			
	Assistenza psichiatrica		psichici		Assistenza anziani		fisici	
	Strutture semi- residenziali	Strutture residenziali	Strutture semi- residenziali	Strutture residenziali	Strutture semi- residenziali	Strutture residenziali	Strutture semi- residenziali	Strutture residenziali
Piemonte	1,8	0,8	1,1	0,8	1,6	1,1	1,0	0,7
Valle d'Aosta	-	1,0	2,3	-	-	-	-	-
Lombardia	3,4	1,5	0,9	1,0	1,5	1,3	0,9	1,2
Bolzano	-	1,4	20,5	3,3	-	1,1	-	-
Trento	-	11,5	-	-	-	1,0	-	1,0
Veneto	3,1	1,2	1,0	1,0	1,6	1,3	1,0	1,8
Friuli Venezia Giulia	5,4	3,3	0,9	1,5	1,5	2,6	1,6	4,4
Liguria	3,2	1,0	1,0	1,0	-	3,0	1,0	0,9
Emilia Romagna	2,4	2,1	-	-	1,5	1,6	1,0	1,0
Toscana	2,0	1,1	1,2	1,0	1,4	1,3	1,1	1,4
Umbria	1,1	1,0	1,1	1,0	2,0	1,2	1,1	0,9
Marche	1,6	1,1	1,5	1,1	0,8	2,2	1,1	2,6
Lazio	2,0	1,2	1,1	1,1	1,0	1,2	4,8	1,4
Abruzzo	1,6	1,1	-	-	0,3	2,2	-	-
Molise	1,1	1,2	-	-	-	-	-	-
Campania	3,4	1,2	1,1	1,1	-	0,9	-	0,9
Puglia	1,1	0,6	1,7	0,8	-	0,7	1,0	0,7
Basilicata	1,0	1,0	0,8	1,0	-	1,1	0,6	-
Calabria	8,2	0,9	1,0	1,0	-	1,3	0,1	1,6
Sicilia	4,2	1,2	14,9	2,4	5,2	2,0	1,0	3,2
Sardegna	3,7	1,2	1,0	0,8	-	0,4	0,7	1,0
<b>Italia</b>	<b>2,7</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute

Nella distribuzione degli utenti per posto, oltre alla notevole variabilità regionale, vanno segnalati anche altri aspetti interessanti. Solamente nell'assistenza ai disabili fisici si riscontra un numero di utenti per posto maggiore nelle strutture residenziali rispetto a quelle semiresidenziali.

I rapporti tra utenti e posto letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono sempre abbastanza vicini tranne che nell'assistenza psichiatrica in cui si riscontra un valore molto alto nelle strutture semiresidenziali.

#### 4. Assistenza sanitaria distrettuale: la riabilitazione per le persone con disabilità

Gli Istituti e i Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare; in particolare, è opportuno distinguere quegli istituti che sono anche residenze sanitarie dai centri che erogano prestazioni non completamente residenziali.

La riabilitazione è una tipica forma di assistenza che viene fruita dalle persone con disabilità, pertanto è importante conoscerne le dimensioni e l'impatto: tuttavia questa esigenza conoscitiva si

scontra con il problema che le forme di riabilitazione considerate, motoria, neurologica, neuropsichiatria infantile e altre forme di riabilitazione, riguardano non solo le persone con disabilità, ma anche quelle non disabili.

#### **4.1 Le strutture per la riabilitazione delle persone con disabilità**

Nel 2002 sono stati rilevati 192 istituti o centri di riabilitazione pubblici (con 3.702 posti letto per l'attività di tipo residenziale e 434 per l'attività di tipo semiresidenziale), 564 istituti privati accreditati (con 12.437 posti letto per l'attività residenziale e 11.048 per l'attività semiresidenziale) (Tavola 6).

La distribuzione territoriale degli istituti di cura pubblici e dei relativi posti letto risulta molto eterogenea sul territorio: il 40 per cento degli istituti è concentrato in Toscana, il 75 per cento dei posti letto per l'assistenza residenziale e il 52 per cento dei posti letto per l'assistenza semiresidenziale si trovano in Lombardia. Gli istituti o i centri di riabilitazione privati e i posti letto sono diffusi in modo più omogeneo sul territorio: il 25 per cento degli istituti sono in Campania, il 22 per cento dei posti letto per l'assistenza residenziale sono in Lombardia e il 25 per cento per l'assistenza semiresidenziale sono in Campania.

Gli istituti privati sono dotati di più personale rispetto a quelli pubblici: risultano in carico mediamente in un istituto o centro di riabilitazione pubblico circa 33 persone, mentre in un istituto privato il personale si raddoppia salendo a 60. Anche rispetto alla tipologia di personale negli istituti privati il personale risulta sempre più alto rispetto agli istituti pubblici: negli istituti pubblici operano 3 medici, circa 7 terapisti e neanche 2 logopedisti; negli istituti privati il numero di medici e di logopedisti raddoppia, mentre per i terapisti quasi si triplica.

**Tavola 6. Istituti o centri di riabilitazione e posti letto per l'assistenza residenziale o semiresidenziali per tipologia di istituto e regione. Anno 2002**

	Istituti pubblici			Istituti privati		
	Posti letto			Posti letto		
	Istituti rilevati	Assistenza residenziale	Assistenza semiresidenziale	Istituti rilevati	Assistenza residenziale	Assistenza semiresidenziale
Piemonte	-	-	-	9	364	65
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-
Lombardia	29	2.765	225	53	2.672	1.438
<i>Bolzano</i>	-	-	-	3	131	6
<i>Trento</i>	1	12	-	6	62	11
<i>Veneto</i>	2	-	-	15	307	420
Friuli Venezia Giulia	1	8	5	8	148	345
Liguria	1	70	-	10	126	205
Emilia Romagna	-	-	-	3	329	55
Toscana	77	118	39	36	693	836
Umbria	-	-	-	2	15	27
Marche	2	-	-	21	557	67
Lazio	6	205	68	55	1.610	2.041
Abruzzo	-	-	-	19	408	362
Molise	1	-	-	6	273	20
Campania	5	-	50	138	1.681	2.800
Puglia	34	-	42	32	825	363
Basilicata	2	494	-	6	140	30
Calabria	1	30	5	9	705	115
Sicilia	17	-	-	68	797	1.369
Sardegna	13	-	-	65	594	473
<b>Italia</b>	<b>192</b>	<b>3.702</b>	<b>434</b>	<b>564</b>	<b>12.437</b>	<b>11.048</b>

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute

#### 4.2 L'attività di riabilitazione per le persone con disabilità

Il numero totale di utenti assistiti per la riabilitazione (motoria, neurologica, neuropsichiatria infantile e altra attività di riabilitazione) in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale, rispettivamente 47.185 e 34.658 utenti; ciò risulta in particolare confermato nella riabilitazione motoria e neurologica. Tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa, infatti la riabilitazione neuropsichiatria infantile e le attività di riabilitazione diverse dalla riabilitazione motoria e neurologica sono svolte preferibilmente in strutture semiresidenziali.

Nelle strutture residenziali viene svolta soprattutto attività di riabilitazione motoria (37,8 per cento) e altre attività riabilitative (34,1 per cento), mentre nelle strutture semiresidenziali si svolgono soprattutto attività di riabilitazione diverse dalla riabilitazione motoria, neurologica e neuropsichiatria infantile (50,3 per cento) (Tavola 7).

**Tavola 7. Numero di utenti dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per tipo di riabilitazione.**  
Anno 2002

	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale	
	Utenti	Valori percentuali	Utenti	Valori percentuali
Riabilitazione motoria	17.837	37,8	5.097	14,7
Riabilitazione neurologica	11.711	24,8	6.582	19,0
Riabilitazione neuropsichiatria infantile	1.535	3,3	5.563	16,1
Altra attività riabilitativa	16.102	34,1	17.416	50,3
<b>Totale</b>	<b>47.185</b>	<b>100,0</b>	<b>34.658</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute

Un indicatore di incontro tra la domanda soddisfatta, valutata in termini di numero di utenze, e la domanda potenziale di utenza, considerata come la popolazione residente, può essere utile per conoscere la dimensione del fenomeno di contatti presi con il servizio di riabilitazione.

In Italia, nel 2002, ci sono stati 31,0 utenti per 100 mila abitanti per l'attività di **riabilitazione motoria** nell'assistenza residenziale, con valori regionali molto diversi nel territorio, da un massimo a Bolzano (291,0) a minimo in Sicilia (0,0). Gli utenti per la riabilitazione motoria nelle strutture di assistenza semiresidenziale sono 8,9 ogni 100 mila abitanti con valori molto più alti in Toscana (44,1) e molto più bassi in Piemonte (0,2).

Il numero di utenti delle strutture residenziali che si avvale della **riabilitazione neurologica** ogni 100 mila abitanti è pari a 20,4, valore che nelle strutture semiresidenziali scende a 11,4.

La **riabilitazione neuropsichiatrica infantile**, come già detto, è più diffusa nelle strutture semiresidenziali (9,7) piuttosto che non nelle strutture residenziali (2,7).

Anche le forme di **riabilitazione diverse** da quella motoria, neurologica e neuropsichiatria infantile, sono più diffuse nelle strutture semiresidenziali (30,3) rispetto a quelle residenziali (28,0).

Tirando le somme sul totale dell'attività riabilitativa si ottiene un tasso per 100 mila abitanti nelle strutture residenziali pari a 86,3, con valori molto alti nella provincia autonoma di Bolzano (545,1), in Molise (250,5), in Lombardia (212,5), in Toscana (179,2) e in Friuli Venezia Giulia (171,9), più alto di quello delle strutture semiresidenziali (60,9), per le quali si registrano valori molto alti in Campania (247,7) e in Calabria (154,9).

## **5. Assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza**

L'assistenza ospedaliera garantisce il ricovero presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per la diagnosi e la cura delle malattie acute o di lunga durata, che non possono essere effettuate ambulatorialmente o a domicilio.

## 5.1 Le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza

A livello nazionale, il parametro di riferimento di un letto ogni mille abitanti destinato alla riabilitazione e lungodegenza è ancora lontano dall'essere raggiunto: tale indicatore è stato nel 2002 di 0,5 con notevole variabilità regionale. Il Lazio e Trento sono le uniche realtà territoriali in cui il parametro di riferimento è superato, mentre la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, la Puglia, la Basilicata, la Sicilia e la Sardegna registrano le carenze più accentuate (Tavola 8).

**Tavola 8. Posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza nelle strutture di ricovero pubblico e privato accreditato. Indicatori per 1.000 abitanti. Anno 2002**

	Strutture di ricovero pubbliche	Strutture di ricovero private accreditate	Totale
Piemonte	0,5	0,4	0,9
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	0,4	0,3	0,6
Bolzano	0,1	0,4	0,5
Trento	1,1	0,7	1,8
Veneto	0,6	0,1	0,6
Friuli Venezia Giulia	0,2	0,1	0,2
Liguria	0,2	0,0	0,3
Emilia Romagna	0,5	0,3	0,8
Toscana	0,1	0,2	0,3
Umbria	0,1	0,0	0,1
Marche	0,2	0,2	0,4
Lazio	0,2	0,9	1,1
Abruzzo	0,2	0,3	0,5
Molise	0,5	-	0,5
Campania	0,1	0,3	0,3
Puglia	0,1	0,0	0,2
Basilicata	0,2	-	0,2
Calabria	0,0	0,4	0,5
Sicilia	0,1	0,1	0,2
Sardegna	0,0	0,1	0,1
<b>Italia</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>

Fonte: Elaborazione Istat su dati del Ministero della Salute

## 5.2 L'attività di riabilitazione e la lungodegenza

Nel 2002 l'attività di degenza per riabilitazione e lungodegenza si differenzia in base alla struttura in cui avviene il ricovero: i ricoveri avvengono maggiormente nelle strutture pubbliche (165.547) mentre i posti letto (14.501) e le giornate di degenza (4.742.293) sono più alte nelle case di cura private accreditate.

La degenza media<sup>5</sup> nelle strutture di ricovero pubbliche è di 26,4 giornate, con una variabilità che va da 46,9 giornate nel Lazio a 15,6 nell'Abruzzo. In questo range si trovano valori più alti in Sardegna, Molise e Emilia Romagna e valori più bassi in Calabria. La degenza media nelle strutture di ricovero private accreditate è più alta di quasi 5 giornate, con un valore di 31,2 giornate. I

<sup>5</sup> Rapporto tra giornate di degenza effettuate e ricoveri.

ricoveri per riabilitazione e lungodegenza nelle strutture private accreditate hanno una media di giornate di degenza molto alta nel Lazio, nella Sardegna e nella Calabria e molto bassa nell'Umbria, nella Liguria e nella Sicilia.

Il tasso di utilizzo dei posti letto<sup>6</sup> è più alto nelle strutture private accreditate (92,5 per cento) che nelle strutture pubbliche (87,3 per cento). Inoltre la distribuzione territoriale del tasso di utilizzo dei posti letto conferma un impiego maggiore dei posti letto disponibili nelle strutture private rispetto a quello delle strutture private accreditate.

Qualche dato in controtendenza si evidenzia in Emilia Romagna dove le giornate di degenza effettuate nelle strutture pubbliche sono superiori alle giornate disponibili (118,0), mentre nella provincia autonoma di Trento si utilizzano meno della metà delle giornate disponibili (48,3). Anche nelle strutture private accreditate le giornate effettuate superano le giornate disponibili nelle Marche (118,0), ma il valore più basso del tasso di utilizzo è del 79,0 in Toscana, valore decisamente più alto rispetto al minimo del pubblico.

## **6. Presidi residenziali socio-assistenziali**

Nei presidi residenziali socio-assistenziali alloggiano persone che per motivi diversi si trovano in stato di bisogno: anziani soli o con problemi di salute, disabili, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale. Ad un'utenza così eterogenea corrisponde un'ampia varietà di servizi residenziali pubblici e privati (profit e non profit).

I presidi residenziali socio-assistenziali attivi nel 2001 sono 8.182, per una disponibilità complessiva di 334.718 posti letto. Dal punto di vista territoriale i presidi e i posti letto sono concentrati nelle regioni settentrionali, mentre nell'Italia centrale e meridionale si realizza un'offerta più bassa.

I servizi disponibili si differenziano per le finalità specifiche dell'assistenza fornita: il 23,0 per cento sono residenze assistenziali per anziani autosufficienti, il 13,6 per cento residenze socio-sanitarie per anziani e il 12,4 per cento residenze sanitarie assistenziali.

Gli enti titolari dei presidi residenziali appartengono al settore privato (profit e non profit) nel 62,5 per cento dei casi e al settore pubblico nel rimanente 37,5 per cento; in Italia settentrionale il ruolo del settore pubblico è più rilevante, mentre è minimo nell'Italia meridionale.

I presidi residenziali svolgono un'attività di accoglienza per i soggetti in particolare stato di bisogno, tra cui le persone con disabilità e gli anziani non autosufficienti.

---

<sup>6</sup> Rapporto tra le giornate di degenza effettuate e le giornate disponibili, intese come giornate di degenza potenziali nell'ipotesi che i posti letto siano tutti utilizzati per l'intero periodo di rilevazione per 100.

In Italia nel 2001 gli ospiti dei presidi residenziali socio assistenziali sono 1.853 minori con disabilità<sup>7</sup>, 29.754 adulti con disabilità<sup>8</sup> e 148.836 anziani non autosufficienti<sup>9</sup>. Questi dati evidenziano come sia è preponderante il numero di anziani che, persa la capacità di essere autosufficiente, viene ospitato nei presidi socio-assistenziali per ricevere cure e assistenza adeguate ai proprio bisogni (Tavola 9).

La distribuzione territoriale degli ospiti dei presidi residenziali cambia a seconda che siano minori e adulti con disabilità o anziani non autosufficienti: quasi il 46 per cento dei minori con disabilità ospiti dei presidi residenziali si trova nell'Italia meridionale e insulare; mentre il 60 per cento degli adulti con disabilità e l'80 per cento degli anziani non autosufficienti si trova nell'Italia Nord Occidentale e Orientale.

**Tavola 9. Persone con disabilità e anziani non autosufficienti ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali per ripartizione geografica. Valori assoluti. Anno 2001**

	Minori con disabilità	Adulti con disabilità	Anziani non autosufficienti
Italia Nord Occidentale	441	11.616	67.676
Italia Nord Orientale	272	6.447	51.107
Italia Centrale	295	5.740	17.745
Italia Meridionale	575	3.381	7.664
Italia Insulare	270	2.569	4.644
<b>Italia</b>	<b>1.853</b>	<b>29.754</b>	<b>148.836</b>

*Fonte: ISTAT - Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali*

Dei minori con disabilità ospiti dei presidi quasi il 40 per cento presenta una disabilità psichica e il 25 per cento una disabilità plurima, anche tra gli adulti queste sono le disabilità prevalenti, con valori rispettivamente del 38 per cento e del 36 per cento.

I minori con disabilità trovano accoglienza soprattutto nelle comunità socio-riabilitative (38 per cento) e in misura inferiore negli istituti per minori (13 per cento). Il 33 per cento degli adulti con disabilità trova accoglienza nelle comunità socio-riabilitative mentre un altro 16 per cento è ospite delle residenze sanitarie assistenziali. Gli anziani non autosufficienti sono ospitati maggiormente nelle residenze assistenziali (38 per cento) e in modo consistente anche nelle residenze socio-sanitarie per anziani (29 per cento).

Gli istituti che ospitano le persone con disabilità si differenziano in base all'età: fino a 65 anni le persone con disabilità (minori e adulti) trovano prevalentemente accoglienza nelle comunità

<sup>7</sup> Per minori con disabilità si considerano i minori di 18 anni con handicap fisico, psichico, sensoriale o con handicap plurimo.

<sup>8</sup> Per adulti con disabilità si considerano gli adulti tra 18 e 64 anni con handicap fisico, psichico, sensoriale, plurimo o con problemi psichiatrici.

<sup>9</sup> Per anziani non autosufficienti si considerano gli anziani con più di 65 anni in stato di invalidità permanente o affette da malattia cronica, con conseguente riduzione dell'autonomia personale tale da richiedere l'aiuto di altre persone in modo continuo o per svolgere funzioni importanti della vita quotidiana.

socio-educative; dopo i 65 anni, gli anziani non autosufficienti vengono ospitati nelle residenze sanitarie assistenziali.

## **7. Interventi delle Province**

Le politiche sociali attivate dalle Province riflettono l'intensa attività legislativa degli anni novanta sui temi del decentramento amministrativo e della gestione a livello locale dei servizi assistenziali. La normativa su questi temi ha innanzitutto riconosciuto alle Province e ai Comuni funzioni proprie e autonomia statutaria e finanziaria nell'ambito delle leggi e del coordinamento della finanza pubblica (legge n.142/90, n.59/97). Nel settore specifico dei servizi sociali, per il principio di sussidiarietà (decreto legge n.112/98 di attuazione della legge n.59/97) le Regioni trasferiscono alle Province, ai Comuni e agli altri Enti Locali le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti le varie categorie di assistiti. Un ulteriore provvedimento legislativo ribadisce che le Province concorrono insieme ai Comuni alla progettazione e alla realizzazione della rete dei servizi sociali sul territorio (legge n.265/99). L'attività assistenziale delle Province, dunque, è espressione del quadro normativo e istituzionale di riferimento, caratterizzato dalla frammentarietà e variabilità degli interventi assistenziali e delle loro forme organizzative.

Nel 2001, le persone con disabilità che ricevono assistenza dalle Province sono 15.132, di cui il 28,8 per cento in Trentino Alto Adige, il 12,3 per cento in Sicilia e l'11,8 per cento in Lombardia (Tavola 10).

L'assistenza alle persone con disabilità fornita dalle Province si caratterizza in assistenza diretta e assistenza indiretta. La prima riguarda le attività socio-assistenziali erogate attraverso l'organizzazione di personale dell'amministrazione provinciale (anche a contratto, a tempo determinato, ecc.) e la seconda le attività socio-assistenziali erogate attraverso convenzioni, deleghe, appalti ed altre tipologie di accordo che l'amministrazione provinciale ha stabilito con altri soggetti (pubblici e privati); rientrano in tale tipologia di servizio anche gli interventi che richiedono, da parte dell'amministrazione provinciale, il pagamento di rette a terzi (parziale o totale).

**Tavola 10. Persone con disabilità assistite dalle Province per tipo di assistenza e regione.**

**Anno 2001**

	<b>Assistiti in forma diretta</b>	<b>Assistiti in forma indiretta</b>	<b>Totale assistiti</b>
Piemonte	53	671	724
Valle d'Aosta	-	14	14
Lombardia	906	876	1.782
Trentino Alto Adige	-	4.365	4.365
<i>Bolzano</i>	-	1.990	1.990
<i>Trento</i>	-	2.375	2.375
Veneto	655	306	961
Friuli Venezia Giulia	-	237	237
Liguria	-	163	163
Emilia Romagna	-	536	536
Toscana	-	259	259
Umbria	11	57	68
Marche	6	345	351
Lazio	4	568	572
Abruzzo	48	325	373
Molise	10	126	136
Campania	17	636	653
Puglia	122	710	832
Basilicata	120	649	769
Calabria	48	70	118
Sicilia	135	1.732	1.867
Sardegna	11	341	352
Italia Nord Occidentale	959	1.724	2.683
Italia Nord Orientale	655	5.444	6.099
Italia Centrale	21	1.229	1.250
Italia Meridionale	365	2.516	2.881
Italia Insulare	146	2.073	2.219
<b>Italia</b>	<b>2.146</b>	<b>12.986</b>	<b>15.132</b>

*Fonte: ISTAT - Indagine sugli interventi e servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali*

L'85,8 per cento dell'assistenza erogata dalle Province avviene in forma indiretta. In Valle d'Aosta, in Trentino Alto Adige, in Friuli Venezia Giulia, in Liguria, in Emilia Romagna e in Toscana, viene erogata soltanto assistenza di tipo indiretta, l'assistenza diretta prevale su quella indiretta solo in Lombardia (50,8 per cento) e in Veneto (68,2 per cento).

L'assistenza domiciliare è il tipo di intervento più diffuso di cui fruiscono le persone con disabilità (15,5 per cento), seguito dal servizio per la formazione e l'inserimento professionale (13,3 per cento) (Tavola 11). Tra gli interventi delle Province è molto frequente il ricovero in strutture residenziali socio-assistenziali (11,9 per cento) e l'assistenza socio-sanitaria in strutture diurne (11,4 per cento).

Gli interventi delle Province, sia in forma diretta che in forma indiretta, sono concentrati soprattutto nell'assistenza domiciliare e nel servizio per la formazione e l'inserimento professionale, si riscontra una differenza quando si passa a considerare gli impegni successivi: gli interventi in forma diretta sono rivolti al servizio di accompagnamento e trasporto, mentre quelli indiretti all'assistenza socio-sanitaria in strutture diurne.

**Tavola 11. Numero di interventi di assistenza e di servizi sociali erogati dalle Province alle persone disabili per tipo di intervento e sesso del beneficiario. Valori assoluti. Anno 2001**

	Assistiti in forma diretta	Assistiti in forma indiretta	Totale assistiti
Ricoveri in strutture residenziali socio-assistenziali	7,9	92,1	100,0
Assistenza socio-sanitaria in strutture diurne	3,3	96,7	100,0
Assistenza domiciliare	21,8	78,2	100,0
Servizi di accompagnamento e trasporto	16,7	83,3	100,0
Servizi per la formazione e l'inserimento professionale	12,7	87,3	100,0
Trasferimenti per area	-	100,0	100,0
Altri servizi	26,6	73,4	100,0
Altri trasferimenti	-	100,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>14,2</b>	<b>85,8</b>	<b>100,0</b>

*Fonte: ISTAT - Indagine sugli interventi e servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali*

## 8. Conclusioni

La complessità dei bisogni delle persone con disabilità richiede prestazioni di natura sanitaria e sociale integrate e composite. L'assistenza e i servizi socio-sanitari si articolano in una serie di interventi, affrontati con dettaglio nei paragrafi precedenti, che caratterizzano l'offerta (in termini di strutture e attività) sul territorio nazionale diversamente nel pubblico e nel privato accreditato, come anche nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Le strutture per l'assistenza e i servizi sanitari e sociali trattati nel presente lavoro sono prevalentemente di tipo privato accreditato: l'assistenza sanitaria alle persone con disabilità è erogata soprattutto nelle strutture private accreditate nel caso dell'assistenza agli anziani e ai disabili fisici, così come le strutture per gli istituti o centri di riabilitazione; invece l'assistenza psichiatrica è erogata soprattutto da strutture pubbliche.

L'attività di assistenza e i servizi sanitari e sociali si differenziano a seconda della tipologia della struttura nella quale viene erogata: l'attività di assistenza psichiatrica e psichica, avviene maggiormente nelle strutture semiresidenziali, mentre l'assistenza agli anziani e ai disabili fisici si realizza nelle strutture residenziali. La riabilitazione neuropsichiatria infantile e le attività di riabilitazione, diverse dalla riabilitazione motoria e neurologica, sono svolte preferibilmente in strutture semiresidenziali.

L'attività di accoglienza dei presidi residenziali avviene soprattutto nelle comunità socio-riabilitative per i minori e gli adulti con disabilità, e nelle residenze assistenziali per gli anziani non autosufficienti.

Le Province erogano soprattutto assistenza in forma indiretta, gli interventi sono concentrati soprattutto nell'assistenza domiciliare e nel servizio per la formazione e l'inserimento professionale.

Dai dati analizzati, non solo emerge una forte diversità dovuta al contributo del sistema pubblico e privato accreditato, ma anche una diversa caratterizzazione della distribuzione territoriale per tipologia di servizio e di assistenza socio-sanitari offerti alle persone con disabilità.