

LE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE | 1° GENNAIO 2022

Persiste il divario Nord-Sud nell'offerta di presidi residenziali

Al 1° gennaio 2022, i presidi residenziali attivi nel nostro Paese sono **12.576**. L'offerta è di circa **414mila posti letto**, sette ogni 1.000 persone residenti.

A livello territoriale, l'offerta è maggiore nel **Nord-est** con 10 posti letto ogni 1.000 residenti, nel **Sud** del Paese è invece poco al di sopra di tre posti letto ogni 1.000 residenti e copre solo l'11% dei posti letto complessivi.

Gli ospiti ammontano a **356.556**, dei quali oltre tre su quattro sono anziani.

Nelle attività svolte in queste strutture i lavoratori impiegati sono più di **341mila**, ai quali va sommata una componente di oltre 31.500 volontari e poco più di 4mila operatori del servizio civile.

75%

Quota delle strutture residenziali gestita da organizzazioni di natura privata

di cui il 51% delle strutture è gestita da organizzazioni non profit

11%

Percentuale del personale composto da cittadini stranieri (due su tre sono cittadini extraeuropei)

18%

Quota degli ospiti con disabilità che viene ospitata in strutture destinate invece a un target diverso

www.istat.it

UFFICIO STAMPA
tel. +39 06 4673.2243/44
ufficiostampa@istat.it

CONTACT CENTRE
contact.istat.it



In aumento gli ospiti dei presidi residenziali

In Italia, al 31 dicembre 2021^(a), risultano attivi 12.576 presidi residenziali. Vi operano 15.255 “unità di servizio” che dispongono complessivamente di 413.998 posti letto, pari a sette ogni 1.000 residenti.

Gli ospiti totali al 31 dicembre 2021 sono 356.556, con un incremento del 4% rispetto all'anno precedente, si inverte così la tendenza del periodo pandemico e il dato si riavvicina a quelli rilevati negli anni precedenti il Covid-19.

Il 75% degli ospiti è ultra-sessantacinquenne, il 20% ha un'età tra i 18 e 64 anni e il restante 5% è composto da minori.

Più di tre posti letto su quattro destinati ad assistenza socio-sanitaria

Delle oltre 15mila unità di servizio quelle che erogano assistenza socio-sanitaria sono 8.937, per un ammontare di circa 321mila posti letto (il 77,5% dei posti letto complessivi). L'offerta residenziale si riduce sensibilmente per le unità di servizio che svolgono soprattutto funzione di tipo socio-assistenziale: le unità così classificate ammontano a 6.318 e dispongono in totale di 93.112 posti letto (il 22,5% dei posti letto complessivi).

Le unità di servizio socio-sanitarie assistono prevalentemente utenti anziani non autosufficienti, destinando a questi ospiti il 75% dei posti letto disponibili, mentre agli anziani autosufficienti e alle persone con disabilità ne vengono destinati, rispettivamente, il 9% e il 7%.

Le unità di tipo socio-assistenziale sono prevalentemente orientate a fornire accoglienza e tutela a persone con varie forme di disagio. In particolare, il 41% dei posti letto è indirizzato all'accoglienza abitativa e il 40% è dedicato alla funzione socio-educativa e ospita principalmente minori di 18 anni. Le unità che assolvono in prevalenza una funzione tutelare - volta a supportare l'autonomia dei propri ospiti (anziani, adulti con disagio sociale, minori) all'interno di contesti protetti - assorbono il 14% dei posti letto.

L'offerta residenziale sul territorio è molto differenziata rispetto alle categorie di utenti assistite. Nelle regioni del Nord prevale la concentrazione di servizi rivolti agli anziani non autosufficienti (69,9% nel Nord ovest e 73,8% nel Nord est), il doppio rispetto al Mezzogiorno. Il Centro copre una quota maggiore, rispetto al dato nazionale, di posti letto dedicati agli anziani autosufficienti e agli adulti con disagio sociale. Al Sud, invece, si trova una percentuale più alta di posti letto dedicati alle persone con disabilità, alle persone con patologie psichiatriche e agli anziani autosufficienti. Nelle Isole, infine, si riscontra un livello di offerta rivolta prevalentemente a minori e a persone con patologie psichiatriche, pari al doppio rispetto alla media nazionale e agli stranieri/immigrati (4,4% sei volte maggiore rispetto alla media), ma anche agli adulti con disagio sociale.

POSTI LETTO DEI PRESIDII RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PER TIPOLOGIA DI UTENZA PREVALENTE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali

TARGET DI UTENZA PREVALENTE										
	Minori	Persone con disabilità	Persone con dipendenze patologiche	Anziani autosufficienti	Anziani non autosufficienti	Immigrati/Stranieri	Adulti con disagio sociale	Persone affette da patologie psichiatriche	Vittime di violenza di genere	Multiutenza
Nord-ovest	3,13	7,30	2,25	10,78	69,88	0,38	1,87	3,60	0,12	0,69
Nord-est	4,35	7,23	1,07	6,37	73,83	1,39	2,77	2,62	0,06	0,32
Centro	6,95	7,94	3,98	20,42	46,48	1,90	4,18	6,15	0,21	1,78
Sud	6,56	10,35	6,16	24,74	37,64	2,42	3,23	8,24	0,11	0,54
Isole	13,54	6,38	2,29	21,47	32,91	4,38	4,75	11,18	1,56	1,53
ITALIA	5,29	7,64	2,63	13,46	60,78	1,45	2,87	4,84	0,23	0,81

^(a) Le informazioni della rilevazione, che hanno come data di riferimento il 31 dicembre 2021, non subiscono variazioni al 1° gennaio 2022

Offerta residenziale più elevata nel Nord-est

La disponibilità di offerta più alta si osserva nel Nord-est (10 posti letto ogni 1.000 residenti), mentre la più bassa si registra nel Sud del Paese (poco più di 3 posti letto ogni 1.000 residenti).

Le differenze geografiche si riscontrano anche analizzando la distribuzione delle strutture per dimensione. Il Nord-est presenta una percentuale doppia (30,5%) rispetto al dato nazionale (15,5%) di residenze di piccole dimensioni (massimo di sei posti letto). Il Centro (43,1%) e il Mezzogiorno (Sud 52,0%, Isole 59,2%) sono invece i territori in cui la maggioranza delle strutture ha una dimensione media, compresa tra i 16 e i 45 posti letto. Il Nord-ovest è caratterizzato da residenze più ampie con più di 80 posti letto (16,6% contro un valore medio nazionale del 9%) (Figura 1).

La dotazione di posti letto per anziani non autosufficienti è molto elevata nelle regioni del Nord, con valori che si attestano per il Nord-ovest a 28 posti letto ogni 1.000 residenti anziani e per il Nord-est a 31 posti letto ogni 1.000 residenti di pari età. Nelle altre ripartizioni la quota di posti letto destinata a questo *target* di utenza risulta nettamente inferiore e raggiunge il suo valore minimo al Sud con meno di sei posti letto ogni 1.000 residenti.

Strutture residenziali gestite in maggioranza da enti non profit

La titolarità delle strutture è in carico ad enti non profit nel 45% dei casi, a seguire ad enti privati (circa il 24%), ad enti pubblici (19%) e ad enti religiosi (12%).

Nell'88% delle residenze i titolari gestiscono direttamente il presidio, nel 10% i titolari danno in gestione le loro strutture ad altri enti, nei restanti casi (2%) il presidio viene gestito in forma mista.

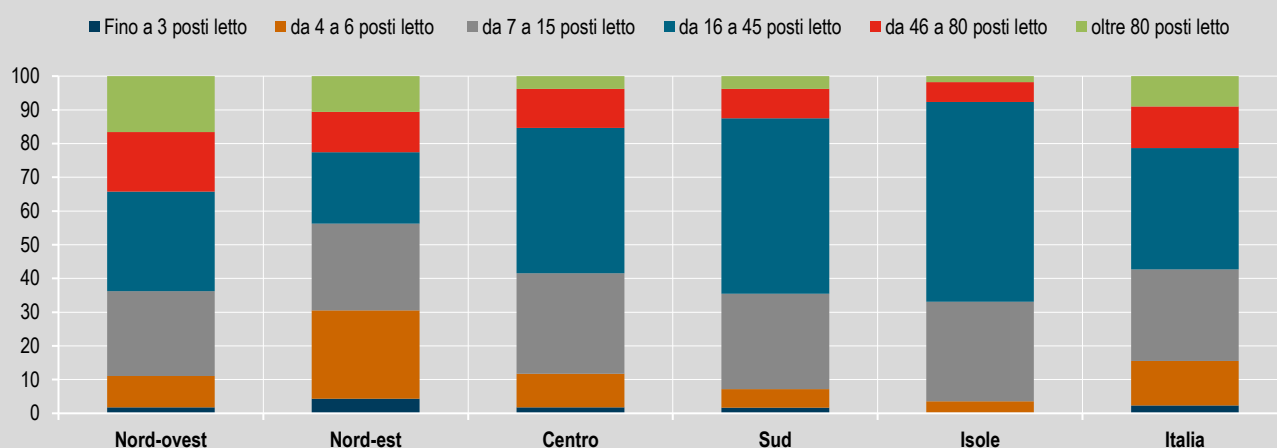
La gestione dei presidi residenziali è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (75% dei casi), soprattutto di tipo non profit (51%); il 12% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa e circa il 13% dal settore pubblico.

Le modalità di gestione si diversificano sul territorio, soprattutto nelle strutture pubbliche.

Al Nord, sette strutture pubbliche su 10 sono gestite direttamente o indirettamente da enti pubblici, mentre nel 6% dei casi sono gestite da enti non profit. La percentuale di strutture pubbliche gestite da enti non profit aumenta considerevolmente al Centro e nel Mezzogiorno (in entrambi i casi il 38% delle strutture presenti su quel territorio).

Non si riscontrano differenze territoriali per le strutture che hanno un altro ente titolare (privato for profit e non profit oppure ente religioso). In questi casi la gestione prevalente è quella diretta o quella affidata ad enti con la stessa natura giuridica.

FIGURA 1. STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE PER CLASSE DI POSTO LETTO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali



Composto soprattutto da volontari il personale delle strutture residenziali

Nel 2021 sono occupate nei presidi residenziali 376.941 unità di personale, di cui 31.530 volontari e 4.044 operatori di servizio civile. L'11% del personale è composto da cittadini stranieri, in due casi su tre con cittadinanza extraeuropea. La distribuzione di personale non italiano varia considerevolmente a livello territoriale; se nel Nord-ovest e nel Nord-est si concentra rispettivamente il 15% e l'11% del personale straniero, nel Mezzogiorno e nelle Isole la presenza straniera sfiora appena il 2%. Nella provincia autonoma di Bolzano/Bozen si riscontra la più alta presenza di personale non italiano (quasi il 30%).

Per quanto riguarda il personale retribuito, le principali figure professionali occupate nelle strutture residenziali si concentrano in ambito sanitario, circa 195mila sono rappresentate da tre professioni: operatori

socio-sanitari (34,6%), infermieri e addetti all'assistenza alla persona (entrambi all'11%). Anche gli operatori del servizio civile e i volontari lavorano prevalentemente all'interno dell'ambito socio sanitario, rispettivamente nel 79% e nel 77% dei casi, con punte che sfiorano il 90% nel Nord-est del Paese.

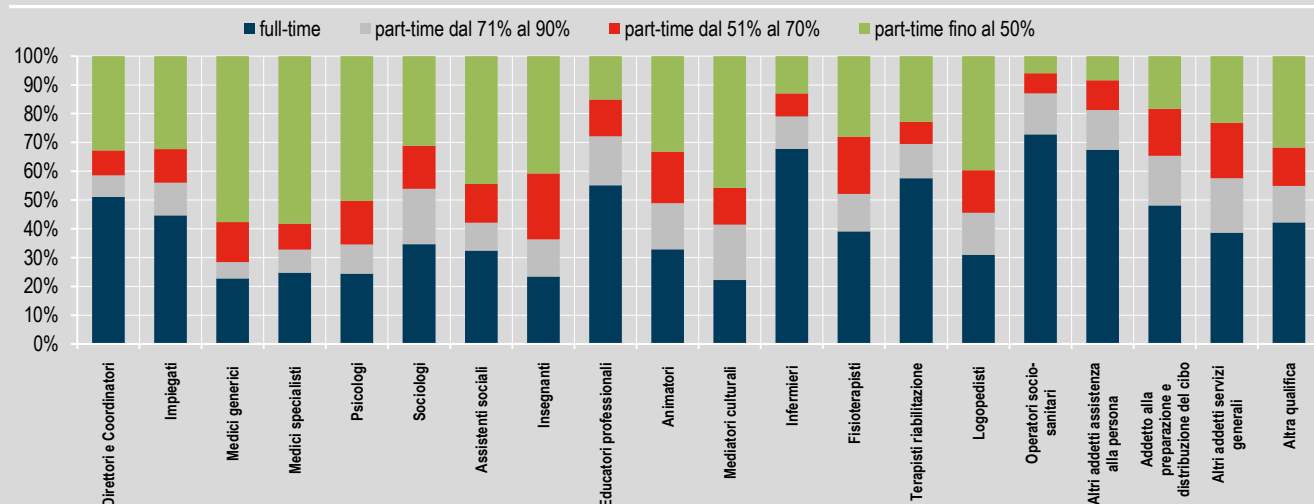
Le strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie si distinguono anche per la varietà delle figure professionali presenti. Nell'82% delle strutture socio-assistenziali e nel 55% delle strutture socio-sanitarie si osservano fino a cinque figure professionali diverse. Nelle strutture socio-sanitarie aumentano, inoltre, le tipologie di professionalità presenti, con il 45% di strutture che hanno da sei a 15 figure diverse.

Le principali figure professionali di queste due tipologie di strutture sono: l'educatore (presente nel 24% delle socio-assistenziali e nel 5% delle sanitarie), l'infermiere (rispettivamente 4% e 13%) e l'operatore socio-sanitario (rispettivamente 21% e 37%).

Per quel che riguarda il tempo di lavoro emerge chiaramente che nella residenzialità si presenta un uso molto elevato dell'impiego part-time. È occupato con un regime orario ridotto il 41% dei dipendenti retribuiti, di cui ben il 17% con un impegno orario al di sotto del 50% rispetto al tempo pieno. L'utilizzo del tempo ridotto varia molto in base alla figura professionale: infatti risulta minimo per le professioni sanitarie (27% degli operatori sanitari, 32% di infermieri e addetti all'assistenza alla persona) mentre è molto elevato tra i medici, gli psicologi e i mediatori culturali, tra cui arriva a sfiorare quasi l'80% di impiegati part-time.

Le figure professionali addette alla gestione della struttura e all'assistenza dell'ospite sono invece quelle che più frequentemente hanno un orario di lavoro a tempo pieno. Al contrario, i professionisti socio-sanitari, il personale addetto alla riabilitazione o alla formazione e i mediatori sono quelli che, rispondendo a bisogni specifici e in alcuni casi temporanei, lavorano più frequentemente in regime di part-time (Figura 2).

FIGURA 2. PERSONALE RETRIBUITO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE PER PROFILO PROFESSIONALE E ORARIO DI LAVORO Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali



Gli anziani nelle strutture: due su tre ultra-ottantenni, in prevalenza donne

In Italia sono oltre 267mila gli anziani di 65 anni e più ospiti delle strutture residenziali, quasi 19 anziani per 1.000 anziani residenti, di questi oltre 15 sono in condizione di non autosufficienza (215.449 anziani non autosufficienti).

La componente femminile prevale nettamente su quella maschile: su quattro ospiti anziani, tre sono donne.

Su oltre tre quarti degli anziani assistiti nelle strutture residenziali, il 77%, ha superato la soglia degli 80 anni di età, quota che sale al 78% per i non autosufficienti.

Gli ultra-ottantenni costituiscono quindi la quota preponderante degli ospiti anziani, con un tasso di ricovero pari a 66 ospiti per 1.000 residenti, oltre 15 volte superiore a quello registrato per gli anziani con meno di 75 anni di età, per i quali il tasso si riduce a 4,4 ricoverati per 1.000 residenti.

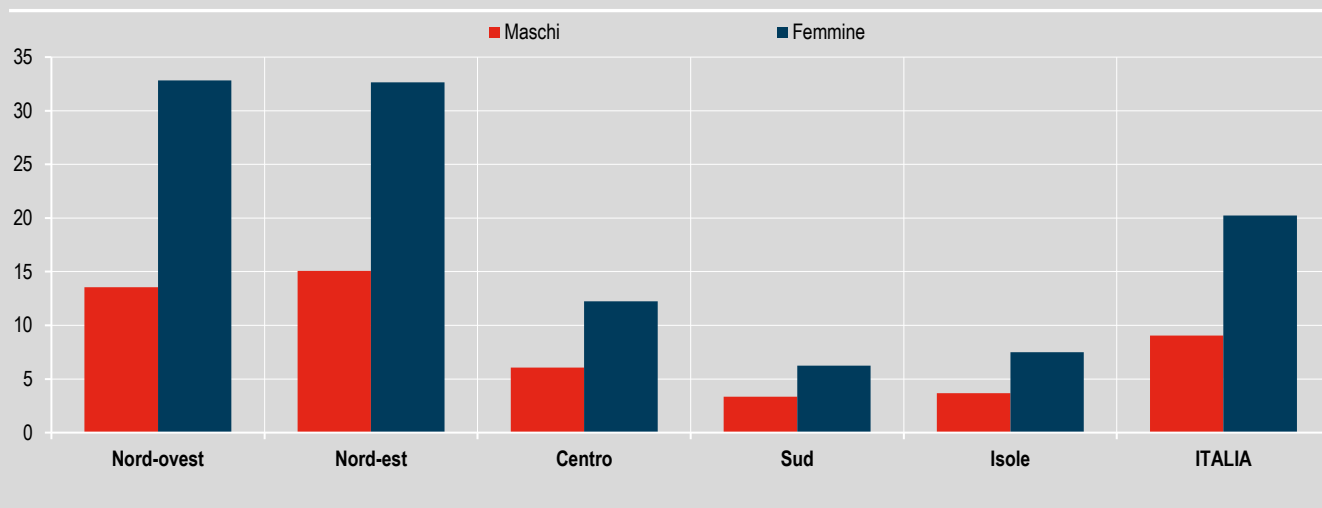
Più forte il ricorso all'istituzionalizzazione nelle regioni del Nord

Nelle residenze del Nord-est il tasso di ricovero si attesta ai livelli più alti con 28 ospiti per 1.000 anziani residenti e raggiunge valori massimi nelle Province Autonome di Trento e Bolzano/Bozen (rispettivamente 37 e 39 per 1.000 abitanti di pari età). Di contro le regioni del Sud presentano un livello di istituzionalizzazione più basso: in quest'area del Paese, su 1.000 anziani residenti, solo otto sono ospiti delle strutture residenziali; il valore minimo si registra in Campania, dove risultano ricoverati soltanto quattro anziani per 1.000 residenti, contro i 19 registrati a livello nazionale.

Le differenze territoriali si riscontrano anche osservando la distribuzione degli anziani non autosufficienti e risultano ancora più marcate tra le donne. Per le donne i tassi di ricovero sono molto alti nelle residenze del Nord, con oltre 24 anziane non autosufficienti per 1.000 residenti della stessa età. Nelle altre ripartizioni il tasso di ricovero diminuisce sensibilmente passando da 10 per 1.000 nelle regioni del Centro, a sei per 1.000 nelle Isole, riducendosi ulteriormente nel Sud del Paese con cinque anziane non autosufficienti per 1.000 residenti.

Diverso l'andamento dei ricoveri per gli anziani autosufficienti che hanno una distribuzione più omogenea sul territorio, con tassi leggermente più alti, rispetto al dato medio nazionale, nelle Isole e nelle regioni del Centro Italia (4,3 e 4,1 per 1.000 abitanti di pari età).

FIGURA 3. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI OSPITI DEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PER GENERE E RIPARTIZIONE. Al 31 dicembre 2021. Valori per 1.000 abitanti di pari età.



Con disabilità più di due su tre ospiti adulti

Gli adulti di età compresa tra i 18 e i 64 anni ospiti dei presidi residenziali sono circa 70mila, due ogni 1.000 residenti. Il tasso di ricovero è più alto nelle regioni del Nord-est (2,3 adulti ogni 1.000 residenti) e si riduce nel Sud del Paese con 1,3 ospiti per 1.000 residenti. La Provincia Autonoma di Trento e la Liguria ospitano la più alta quota di adulti (rispettivamente 5,7 e 3,8 per 1.000) mentre la Campania registra il tasso più basso, uno per 1.000.

La più alta concentrazione di ospiti è nella classe 45-64 anni, oltre 40.000 utenti, seguita dalla classe 25-44 con più di 22.000 utenti.

Tra gli ospiti adulti prevalgono gli uomini (poco più di 44mila) il 63% del totale, (2,5 ogni 1.000 uomini residenti) mentre le donne sono quasi 26mila, il 37% (1,4 ogni 1.000 residenti).

Il disagio più frequente tra gli uomini è la presenza di disabilità o di patologie psichiatriche (66% degli ospiti), non trascurabile anche la presenza di dipendenze come alcolismo/tossicodipendenza (circa il 15% dell'utenza di sesso maschile). Anche per la maggior parte delle donne (75%) la disabilità o le patologie psichiatriche costituiscono il disagio prevalente mentre per il 7% si tratta di gestanti o madri maggiorenni con figli a carico. Le donne vittime di violenza sono poco più di 600 e rappresentano circa il 2,5% del totale delle utenti dei presidi.

Tra gli ospiti adulti accolti nei presidi, quasi 9mila (il 13%) sono stranieri. La quota più alta (28%) risiede nelle residenze del Nord-est, percentuale che si riduce gradualmente man mano che si scende nel Sud Italia dove tocca i valori minimi attestandosi al 14%.

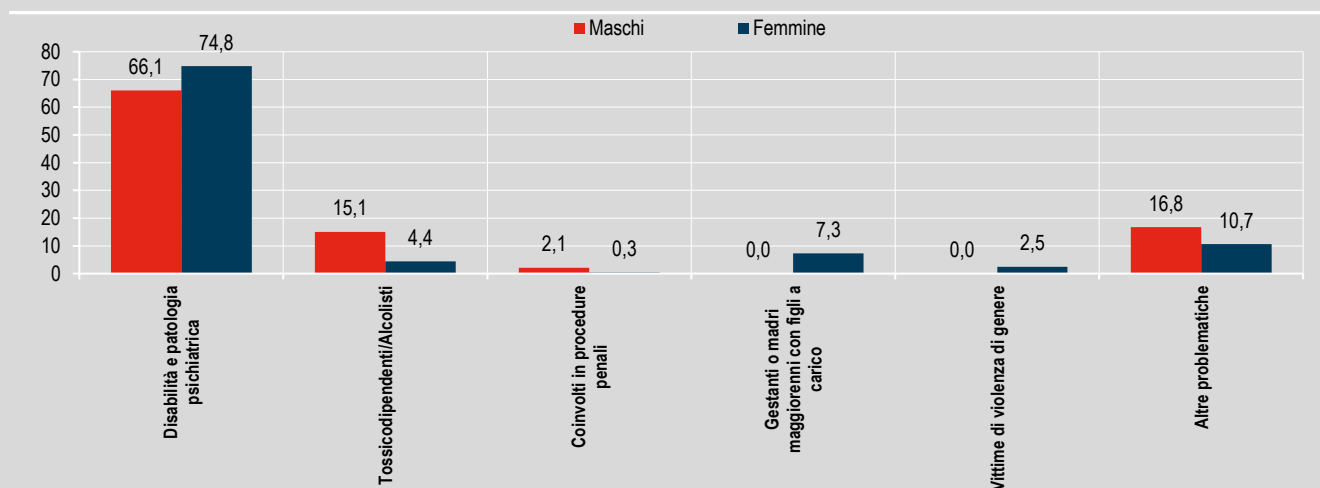
Forti le differenze regionali: la Provincia autonoma di Trento registra i tassi di presenza straniera maggiori, con valori che superano il 20 per 1.000, seguita dalla Sicilia con il nove per 1.000, mentre i valori minimi, inferiori a uno, si registrano in Abruzzo, Veneto e Molise.

Anche per gli stranieri prevale la componente maschile (66%). Tra gli ospiti stranieri di sesso maschile, il 76% è composto da persone senza fissa dimora, nomadi, adulti con difficoltà socio-economiche o immigrati, il 14% presenta una disabilità o una patologia psichiatrica, l'8% ha problemi di dipendenza, il 3% risulta coinvolto in procedure penali.

Tra le donne straniere, il 36% è composto da senza fissa dimora, nomadi, adulte con difficoltà socio-economiche o immigrate, il 33% gestanti o madri maggiorenni con figli a carico, il 14% è in condizione di disabilità e il 12% è vittima di violenza.

Gli ospiti adulti sono accolti prevalentemente in strutture di carattere comunitario: il 92% degli adulti (1,8 adulti ogni 1000 abitanti). Il 63% è assistito in unità di servizio ad integrazione socio-sanitaria, il 19% in unità socio educative e, infine, il 10% in accoglienze prevalentemente abitative.

FIGURA 4. ADULTI OSPITI NEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PER GENERE E TIPOLOGIA DI DISAGIO. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali



Gli ospiti minori: due su tre sono maschi

Al 31 dicembre 2021 sono 19.707 gli ospiti minori complessivamente accolti nelle strutture residenziali, il due per mille dell'intera popolazione minorenni in Italia.

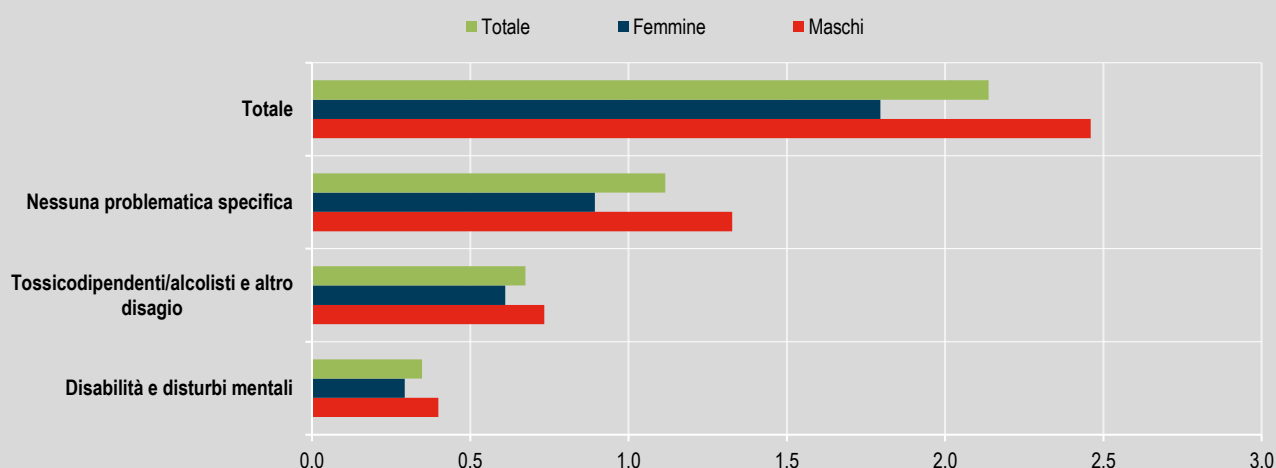
Le strutture residenziali ospitano ragazzi con problematiche di varia natura, che provengono da contesti molto diversi: la maggior parte (64%), non presenta specifici problemi di salute, si tratta prevalentemente di minori stranieri privi di una figura parentale di riferimento o di ragazzi allontanati da un nucleo familiare non in grado di assicurare loro cura adeguata. Il 32% degli ospiti invece è composto da giovani con problemi di dipendenza che hanno intrapreso un percorso riabilitativo, mentre la quota residua, il 16% degli ospiti, è costituita da minori con problemi di salute mentale o con disabilità che necessitano di specifiche cure o assistenza.

Qualunque sia il tipo di disagio, la componente femminile risulta più contenuta, due ragazzi accolti su tre sono maschi; tale proporzione, in linea con la composizione per genere dei flussi migratori, aumenta tra i minori stranieri, raggiungendo il 70%.

L'accoglienza dei minori in strutture residenziali risulta più diffusa nei territori in cui è più alto il numero di giovani "stranieri non accompagnati" come accade per esempio in Sicilia e nella provincia autonoma di Trento, dove si registra un tasso di presenza doppio rispetto al dato medio nazionale. Il Sud ha invece la quota più bassa di minori accolti, poco più di un minore per ogni 1.000 residenti nella stessa fascia di età, contro i due del dato medio nazionale. Nelle altre aree del Paese si riscontra una distribuzione dei giovani ospiti abbastanza omogenea.

Gli ospiti con meno di 18 anni sono in prevalenza adolescenti: il 61% ha infatti un'età compresa tra gli 11 e 17 anni; altrettanto cospicua la quota di bambini con meno di 11 anni (39%), più della metà dei quali ha meno di cinque anni (il 22% degli ospiti complessivi).

FIGURA 5. MINORI OSPITI NEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PER GENERE E TIPO DI DISAGIO. Al 31 dicembre 2021. Valori per 1.000 abitanti di pari età



Un minore su tre accolto per problemi legati al nucleo familiare di origine

Sono molteplici le motivazioni che possono condurre un minore all'interno di una struttura residenziale. Nel 2021 sono poco più di 7mila, il 36%, gli ospiti con meno di 18 anni accolti per problemi economici, incapacità educativa o problemi psico-fisici dei genitori. Una percentuale rilevante (23%) è rappresentata invece da minori accolti con il proprio genitore, è consistente, quasi 3.500 mila unità (16%), anche la quota di ragazzi che entrano in comunità perché stranieri privi di assistenza o rappresentanza da parte di un adulto (Figura 6).

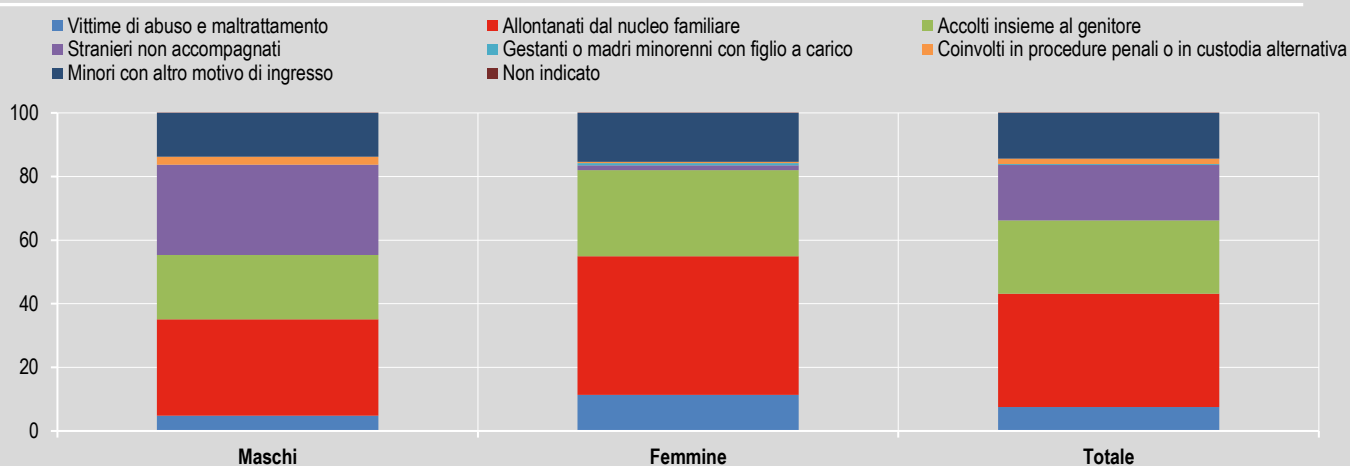
11mila i minori dimessi

La presa in carico dei minori da parte dei servizi residenziali non si esaurisce con l'ingresso nella struttura, ma comprende anche la gestione della dimissione, che può prevedere il rientro e l'inserimento in famiglia o il sostegno finalizzato a favorire una vita autonoma.

Nel corso del 2021 gli ospiti minori dimessi ammontano complessivamente a più di 11mila. Il 26% di essi risulta rientrato presso la famiglia di origine, mentre una piccola parte è stata data in affido o adottata (9%). Complessivamente i minori reinseriti in una famiglia sono circa 3.900 (il 34% dei dimessi).

Per alcuni minori il percorso di recupero non risulta però concluso: quasi 3mila minori (il 26% dei dimessi) sono stati trasferiti in altre strutture residenziali e poco meno di 1.600 (il 13,9%) si sono allontanati spontaneamente. I giovani che invece, raggiunta la maggiore età, sono stati resi autonomi attraverso percorsi di inserimento lavorativo e di vita indipendente, sono poco meno di 1.300 e rappresentano l'11,5% dei dimessi.

FIGURA 6. MINORI OSPITI NEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PER MOTIVO DI INGRESSO. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali



Più di 51mila persone con disabilità ospiti delle strutture residenziali

Le normative recenti, facendo seguito a quanto previsto dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, promuovono sempre di più l'autodeterminazione della persona con disabilità nello scegliere il contesto abitativo e di vita. Anche in caso di istituzionalizzazione, si riconosce il diritto di essere inserito in un contesto abitativo e/o di convivenza più simile possibile all'ambiente familiare, in una prospettiva di maggiore autonomia possibile.

Le persone con disabilità ospiti al 31 dicembre nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie sono poco più di 51mila e comprendono anche gli ospiti con una patologia psichiatrica. I minori rappresentano il 6% del totale mentre la quota più importante (94%) è costituita da persone con un'età compresa tra i 18 e i 64 anni. Prevale la componente maschile (pari al 60% sia tra i minori sia tra gli adulti), è residuale invece la componente straniera (il 3% della popolazione con disabilità).

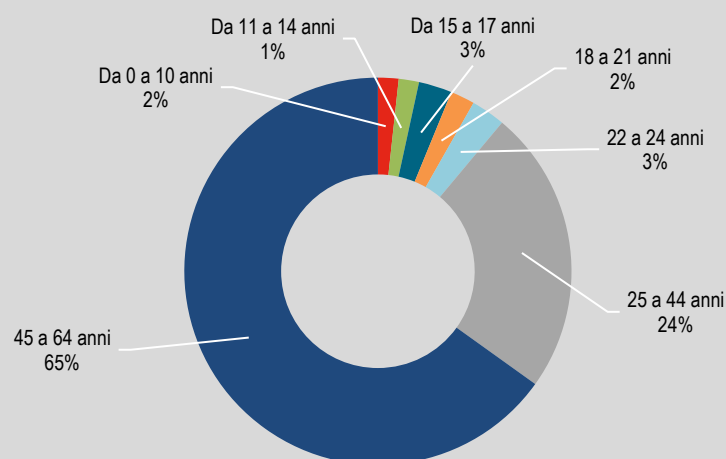
L'analisi dei tassi specifici per età evidenzia, invece, una prevalenza di stranieri tra i minori (15% dei minori, 3% degli adulti).

In età avanzata il ricorso alla struttura

L'analisi per classe di età evidenzia come il ricorso all'istituzionalizzazione aumenti all'aumentare dell'età e si concentri prevalentemente in età adulta, infatti, il 65% degli ospiti con disabilità ha un'età compresa tra i 45 e i 64 anni e il 24% tra i 25 e i 44. La quota residuale si equi-distribuisce nelle altre classi di età con percentuali che si aggirano tra il due e il tre per cento.

Questa disomogeneità può essere spiegata da un diverso utilizzo della residenzialità nel corso della vita, infatti nelle fasce di età più giovani essa rappresenta una risposta alla necessità delle famiglie di vivere "periodi di sollievo" dall'attività di cura. Con l'aumentare dell'età delle persone con disabilità, il ricorso ad un'assistenza di tipo residenziale si configura spesso come la sola alternativa, sia ad una rete familiare rarefatta dall'invecchiamento, in cui genitori ormai anziani o deceduti, sono impossibilitati a prendersi cura dell'adulto con disabilità, sia ad una mancanza o insufficienza di servizi territoriali a supporto di un progetto di vita indipendente.

FIGURA 7. OSPITI CON DISABILITA' NEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PER CLASSE DI ETÀ. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali



Ancora poche le piccole strutture a carattere familiare

Le strutture che ospitano le persone con disabilità dovrebbero prediligere un contesto residenziale di accoglienza caratterizzato dalla piccola dimensione, in grado di ricreare una condizione di vita simile a quella familiare e dovrebbero rispondere nel modo più appropriato possibile ai bisogni specifici dei loro ospiti.

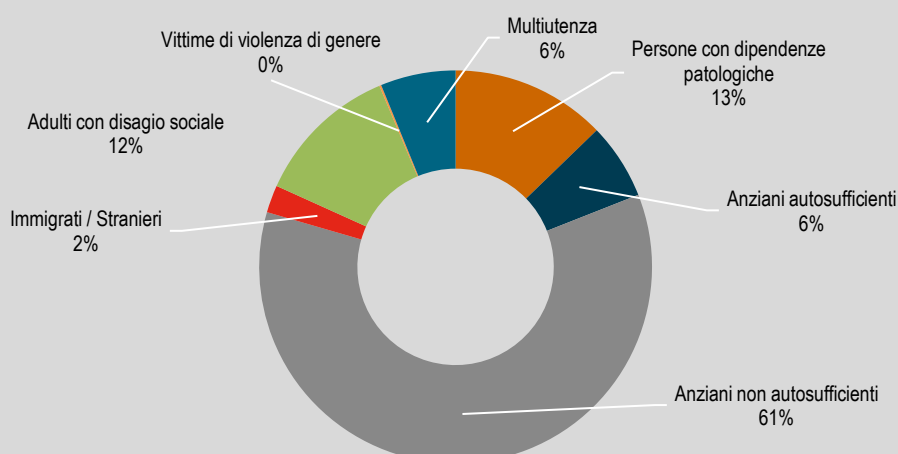
L'analisi del carattere della residenzialità delle strutture che ospitano persone con disabilità evidenzia come solo il 9% di essi viva in strutture di tipo familiare mentre la maggioranza si trovi in strutture di tipo comunitario (91%). Se si affianca questa informazione con l'analisi per classi di posto letto si riscontra che gli ospiti con disabilità si trovano nel 13% dei casi in strutture residenziali con oltre 80 posti letto, un altro 10% in strutture che hanno tra i 46 e gli 80 posti letto, il 38% in strutture tra i 16 e i 45 posti letto.

Il 75% degli ospiti con disabilità è presente in strutture di tipo socio-sanitario, con un livello di assistenza sanitaria medio-alto, che erogano trattamenti medico-sanitari estensivi o intensivi, pensati per persone in condizioni di non autosufficienza.

Soltanto il 17%, si trova in strutture socio-educative di carattere professionale dove poter portare avanti un progetto di sviluppo della propria autonomia lavorando non secondo l'approccio medico sul disturbo, ma sulle qualità funzionali, le capacità residue e i bisogni della persona.

Il 18% delle persone con disabilità è però ospitato in strutture non adeguate, almeno sulla carta, a rispondere alle specificità di questa utenza, infatti, sono strutture con servizi tarati su *target* di utenza prevalente diversi. Di questi utenti la quota più elevata è accolta in strutture dedicate agli anziani 67% (di cui il 61% in strutture per non autosufficienti e il 6% in strutture per anziani autosufficienti), mentre il 12% è ospitato in strutture per adulti con disagio sociale e un altro 6% in strutture per multiutenza (Figura 8).

FIGURA 8. PERSONE CON DISABILITÀ OSPITI NEI PRESIDI RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI CON UN DIFFERENTE TARGET DI UTENZA PREVALENTE. Al 31 dicembre 2021. Valori percentuali



Glossario

Funzione di protezione sociale - Accoglienza di emergenza: la struttura ha la funzione di rispondere con immediatezza ai bisogni urgenti e temporanei di ospitalità e tutela, in attesa dell'individuazione di soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali.

Funzione di protezione sociale - Educativo-psicologica: la struttura eroga assistenza educativa, terapeutica e riabilitativa per i minori in situazione di disagio psicosociale e con disturbi di comportamento. Ha finalità educative, terapeutiche e riabilitative volte al recupero psicosociale ed è a integrazione sanitaria.

Funzione di protezione sociale - Prevalente accoglienza abitativa: la struttura offre ospitalità, assistenza e occasioni di vita comunitaria. Può essere rivolta all'accoglienza di immigrati o adulti in condizioni di disagio o ad anziani autosufficienti. In relazione al tipo di utenza fornisce aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione.

Funzione di protezione sociale - Prevalente funzione tutelare: comprende strutture che svolgono le seguenti funzioni:

- 1) *Osservazione sociale*, si fa carico del disagio e dell'emarginazione dell'individuo, senza la predisposizione di un progetto individuale, ma offrendo prestazioni specifiche e attivando un punto di osservazione per monitorare e arginare lo sviluppo della marginalità;
- 2) *Accompagnamento sociale*, è l'accoglienza rivolta a ospiti che hanno concordato un progetto di assistenza individuale e sono in fase di acquisizione dell'autonomia. I tempi di permanenza sono strettamente correlati e funzionali al progetto individuale;
- 3) *Supporto all'autonomia*, è l'accoglienza in alloggi privi di barriere architettoniche e attrezzati con tecnologie e servizi per offrire una permanenza sicura e funzionale finalizzata al mantenimento dell'autonomia dell'utente; ad esempio: alloggi protetti con servizi per anziani o persone con disabilità con una buona condizione di autosufficienza.

Funzione di protezione sociale - Socio-educativa: la struttura tutela e fa assistenza educativa di carattere professionale a minori temporaneamente allontanati dal nucleo familiare.

Funzione di protezione sociale - Socio-sanitaria: la struttura offre ospitalità e assistenza, occasioni di vita comunitaria, aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo culturali, di mantenimento e riattivazione. Viene garantita l'assistenza medica, infermieristica e trattamenti riabilitativi per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute e di benessere. Destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti o adulti con disabilità. Rientrano in questa categoria esclusivamente i moduli per i quali vi è una compartecipazione alla spesa da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Livello di assistenza sanitaria – Alto: prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neuro-degenerative progressive, etc.).

Livello di assistenza sanitaria - Basso: prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).

Livello di assistenza sanitaria – Medio: prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie endovenose, lesioni da decubito profonde ecc. Sono comprese in questa categoria anche le prestazioni erogate in nuclei specializzati (es. Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo.

Ospiti del Presidio: sono sia gli ospiti effettivamente presenti il 31/12/2020, sia le persone temporaneamente assenti per eventuali rientri in famiglia, vacanze, soggiorni presso altri nuclei familiari, ecc.

Personale retribuito - Addetto all'assistenza personale: assiste, nelle istituzioni o a domicilio, le persone anziane, in convalescenza, persone con disabilità, in condizione transitoria o permanente di non autosufficienza

o con problemi affettivi, le aiuta a svolgere le normali attività quotidiane, a curarsi e a mantenere livelli accettabili di qualità della vita (ricordiamo tra queste figure quella dell'operatore socio assistenziale –OSA).

Personale retribuito - Addetto alla preparazione e distribuzione di cibi: cucina grandi quantità di cibi per la ristorazione collettiva di scuole, ospedali, mense aziendali o altre istituzioni seguendo menu predefiniti; confeziona cibi precotti o crudi a base di vegetali, carni o altri prodotti. Cura la conservazione degli alimenti e sovrintende all'igiene dei luoghi e delle attrezzature.

Personale retribuito - Addetto alla segreteria e agli affari generali: esegue una vasta gamma di compiti d'ufficio e di supporto amministrativo secondo le procedure stabilite. Prepara lettere e documenti di natura ordinaria seguendo indicazioni predefinite; gestisce la posta in entrata e in uscita, gli appuntamenti dei superiori; risponde alle richieste telefoniche o telematiche direttamente o inoltrandole alla persona interessata.

Personale retribuito - Addetto ai servizi generali: assolve ai compiti di portierato, di pulizia dei locali e di altre attività, per le quali non è necessaria una specifica qualifica professionale.

Personale retribuito - Altro: devono rientrare in questa categoria esclusivamente quelle figure professionali non riconducibili a quelle sopraelencate.

Personale retribuito - Animatore culturale: intrattiene gli ospiti nelle strutture residenziali; progetta e organizza attività per il tempo libero, giochi, gare, feste, spettacoli, lezioni sulla pratica di danze, attività sportive e cura del corpo, attività artistiche e di artigianato.

Personale retribuito - Assistente sociale: assiste e guida individui e famiglie con problemi sociali e lavorativi alla ricerca di soluzioni e per il raggiungimento degli obiettivi connessi; aiuta i soggetti con disabilità fisica e mentale ad ottenere i trattamenti adeguati; attiva e certifica procedure finalizzate ad ottenere assistenza pubblica per individui e famiglie.

Personale retribuito - Direttore: dirige grandi strutture dell'amministrazione statale e locale, degli enti pubblici non economici e degli enti locali, formula proposte e pareri agli organi cui fa riferimento, cura l'attuazione dei programmi e la loro realizzazione, esercitando poteri di spesa e attribuendo ai dirigenti subordinati la responsabilità di progetti nonché le risorse necessarie a realizzarli, verificandone e controllandone le attività rispetto agli obiettivi fissati e mantenendo la responsabilità della gestione e dei risultati raggiunti.

Personale retribuito - Educatore professionale: attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà. Programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia; organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività.

Personale retribuito - Fisioterapista: svolge, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici a eziologia congenita od acquisita. In riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle sue competenze, elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute della persona con disabilità; pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali; propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia; verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Personale retribuito - Infermiere: è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e delle persone con disabilità di tutte le età e l'educazione sanitaria; partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Personale retribuito - Insegnante nella formazione professionale: insegna materie tecnico-pratiche e di laboratorio, la pratica di diverse attività lavorative, l'uso di tecnologie e di attrezzature nella formazione professionale.

Personale retribuito - Logopedista: svolge attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica. L'attività è volta all'educazione e rieducazione di tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto. In riferimento alla diagnosi e alla prescrizione del medico, nell'ambito delle sue competenze, elabora, anche in équipe multidisciplinare, il bilancio logopedico volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute della persona con disabilità; pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità

comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio, verbali e non verbali; propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.

Personale retribuito - Medico generico: diagnostica, tratta e cura le disfunzioni, le malattie e le lesioni più comuni e maggiormente diffuse nella popolazione; attua misure per la diagnosi precoce di gravi patologie in pazienti a rischio; prescrive farmaci e terapie non farmacologiche, esami clinici per le diagnosi, ricoveri ospedalieri e visite presso medici specialisti; segue il decorso delle patologie e delle relative cure; sollecita e attua interventi di prevenzione presso i pazienti o presso le organizzazioni in cui opera.

Personale retribuito - Mediatore interculturale: fornisce servizi finalizzati a prevenire il disagio di adulti in difficoltà di inserimento sociale e lavorativo, a rimuovere l'emarginazione sociale di bambini e adolescenti, a riabilitare adulti e minori in prigione, in libertà vigilata e fuori dal carcere e a recuperare alla vita attiva adulti scoraggiati o ritirati dal lavoro.

Personale retribuito - Operatore sociosanitario: (OSS - ex ADEST e OTA): supporta il personale sanitario nella somministrazione di terapie e nella sorveglianza e nella tutela dell'igiene e della sicurezza sanitaria pubblica; effettua assistenza fisico manuale svolgendo, nell'ambito delle proprie competenze, la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il recupero funzionale mediante massoterapia, balneoterapia e idroterapia; svolge interventi di assistenza finalizzati a soddisfare i bisogni primari dei pazienti; si occupa dello sviluppo psicologico, motorio, ludico e sanitario dei bambini.

Personale retribuito - Psicologo: studia i processi mentali e i comportamenti di individui e di gruppi; diagnostica e tratta disabilità cognitive, problemi e disordini mentali, comportamentali ed emotivi.

Personale retribuito - Sociologo: studia e descrive le strutture dei sistemi sociali, le popolazioni, i gruppi sociali e le istituzioni che li costituiscono, progetta, dirige e valuta interventi nel campo delle politiche e dei servizi sociali.

Personale retribuito - Specialista in terapie mediche: conduce ricerche su teorie e metodi ovvero applica le conoscenze esistenti nel campo della diagnosi e del trattamento specialistico non chirurgico delle lesioni, dei traumi, delle disfunzioni e delle patologie della pelle, del sangue, cardiovascolari, polmonari, endocrinologiche, allergologiche, geriatriche, pediatriche, oncologiche, neurologiche, psichiatriche, reumatologiche, gastrointestinali e dell'apparato urinario. Prescrive farmaci, cure ed esami diagnostici.

Personale retribuito - Tecnico riabilitazione psichiatrica: svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato in un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica. Collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento; attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti, e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa; opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità; collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.

Presidio Residenziale: la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno, univocamente determinata dalla coppia "denominazione della struttura + indirizzo della struttura".

Residenzialità comunitaria: è una struttura di dimensioni variabili a seconda dell'area di utenza (di norma superiore a 6-10 posti) è caratterizzata dalla presenza di operatori assistenziali, socio-sanitari o educatori e da una organizzazione di tipo comunitario.

Residenzialità familiare: è una struttura di piccole dimensioni, caratterizzata da una organizzazione di tipo familiare che riproduce le caratteristiche della vita in famiglia. In caso di strutture per minori vi è la presenza di una coppia oppure di uno o due adulti che svolgono la funzione di genitori.

Target di utenza prevalente - Adulti con disagio sociale: persone senza fissa dimora, donne vittime di violenza, ex detenuti, indigenti, nomadi, donne con bambini e altre persone in difficoltà socio-economiche.

Target di utenza prevalente - Anziani autosufficienti: persone di età superiore o uguale a 65 anni autosufficienti.

Target di utenza prevalente - Anziani non autosufficienti: persone di età superiore o uguale a 65 anni che sono parzialmente o totalmente in condizione di non autosufficienza.

Target di utenza prevalente - Immigrati/Stranieri: utenti che non hanno cittadinanza italiana.

Target di utenza prevalente - Minori: utenti con età inferiore a 18 anni.

Target di utenza prevalente - Multiutenza: categoria da selezionare qualora il servizio residenziale non sia destinato in maniera unica o prevalente ad uno specifico target di utenza (il caso tipico riguarda le comunità che accolgono insieme Adulti e Minori in difficoltà).

Target di utenza prevalente - Persone affette da patologie psichiatriche: persone con problemi di salute mentale.

Target di utenza prevalente - Persone con disabilità: persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o plurima.

Target di utenza prevalente - Persone con dipendenze patologiche: persone dipendenti da alcool e droghe o per i quali è stato avviato un percorso di recupero e reinserimento.

Target di utenza prevalente - Vittime di violenza di genere: persone vittime di ogni atto di violenza fondato sul genere e che comporti o possa comportare per la vittima danno o sofferenza fisica, economica, psicologica o sessuale, includendo la minaccia di questi atti, coercizione o privazioni arbitrarie della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata.

Unità di servizio/ Modulo: l'unità di servizio di un presidio identificata da una tipologia di assistenza per un determinato *target* di utenza prevalente.

Nota metodologica

Obiettivi conoscitivi dell'indagine

L'Istituto nazionale di statistica conduce annualmente un'indagine sull'offerta di strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e sulle tipologie di utenti in esse assistite, permettendo di documentare in maniera puntuale sia l'utenza sia le risorse impegnate per questa forma di assistenza territoriale.

L'indagine è condotta via *web* attraverso un questionario elettronico.

Popolazione di riferimento

L'indagine rileva tutte le strutture pubbliche o private che erogano servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario. In tali strutture trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale, persone vittime di violenza di genere.

Riferimenti normativi

L'indagine è prevista dal Programma statistico nazionale che comprende l'insieme delle rilevazioni statistiche di interesse pubblico. Il Programma statistico nazionale in vigore è consultabile sul sito internet dell'Istat all'indirizzo:

<http://www.istat.it/it/istituto-nazionale-di-statistica/organizzazione/normativa>.

Cadenza e periodo di rilevazione

L'indagine è annuale e si svolge tra ottobre e febbraio di ogni anno.

Procedimento per il calcolo delle stime

Gli indicatori calcolati sono stati ponderati per tenere conto del numero delle mancate risposte totali, cioè del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione. Il tasso di risposta registrato per l'indagine, cioè il rapporto tra il numero delle strutture rispondenti e il numero totale delle strutture, si è attestato al 78%.

I coefficienti di ponderazione sono stati stimati stratificando le strutture per regione e classi di posti letto. Le classi di posti letto sono state ottenute utilizzando i quartili della distribuzione nazionale dei posti letto. Per le strutture non rispondenti in questa rilevazione, ma rispondenti in quella precedente, sono stati imputati i dati rilevati nella precedente edizione. Il problema delle mancate risposte totali non ha interessato in eguale misura le Regioni italiane (Prospetto 1).

PROSPETTO 1. Tassi di risposta per regione

Piemonte	79.6
Valle d'Aosta	100.0
Lombardia	83.5
Bolzano-Bozen	100.0
Trento	99.2
Veneto	87.8
Friuli-Venezia Giulia	90.8
Liguria	70.3
Emilia-Romagna	95.5
Toscana	77.6
Umbria	99.3
Marche	81.3
Lazio	62.1
Abruzzo	100.0
Molise	55.2
Campania	50.9
Puglia	63.3
Basilicata	100.0
Calabria	56.4
Sicilia	43.7
Sardegna	59.9
Totale	77.5

Per chiarimenti tecnici e metodologici

Alessandra Battisti
Alessandra.battisti@istat.it

Sara Corradini
sara.corradini@istat.it