

## Salute e disabilità

L'assistenza alle persone con disabilità nel nostro Paese è ancora incentrata, principalmente, sulle reti di sostegno familiari e comunitarie che, tuttavia, hanno sempre più difficoltà a svolgere questo ruolo. La diminuzione costante negli ultimi 3-4 anni, dei trasferimenti statali per le politiche sociali sul territorio e la contestuale diminuzione dei finanziamenti ai Comuni di risorse proprie regionali hanno, poi, definitivamente messo in crisi il sistema socio-sanitario.

La determinazione dei Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) sociali è di importanza fondamentale per una riforma del sistema sociale che sia in grado di dare risposte adeguate ai bisogni di assistenza sociale di persone o famiglie.

La Legge Quadro sull'assistenza (Legge n. 328/2000), una volta approvata, si è trovata davanti un ostacolo quasi insormontabile: la mancanza di adeguate risorse ha impedito la costruzione di un sistema socio-assistenziale strutturato e professionale, in grado di assicurare sull'intero territorio nazionale i LEP. La crisi economica, iniziata nel 2008, ha accentuato ulteriormente la pressione sui sistemi di *welfare* per cui i tagli andranno inevitabilmente ad incidere sulla parte di spesa più comprimibile, i servizi all'utenza (1).

I fondi nazionali destinati al sociale da considerare a tali fini sono stati drasticamente ridotti: da 2,5 miliardi di euro complessivi nel biennio 2009-2010 a 400 milioni di euro complessivi nel biennio 2011-2012, con dirette conseguenze anche sui bilanci comunali.

I decreti attuativi della Legge n. 328/2000 prevedono l'individuazione dei livelli minimi di servizio che dovrebbero essere assicurati sul territorio nazionale; il finanziamento di questi livelli verrebbe calcolato seguendo il principio dei costi standard, ovvero stimato sulla base dei costi di produzione della prestazione nei Comuni o nelle regioni più efficienti. Il ritardo con il quale verrebbero individuati i livelli minimi di assistenza potrebbe creare problemi ai sistemi regionali e locali, soprattutto nei casi in cui il *set* di prestazioni individuate necessiti di risorse economiche aggiuntive.

Nel corso del Capitolo sono stati analizzati i seguenti aspetti: 1. gli aiuti ricevuti dalle famiglie con almeno un componente con disabilità; 2. la spesa sociale dei Comuni per le persone con disabilità e per gli anziani; 3. la spesa sociale dei Comuni per alcuni servizi specifici erogati a favore delle persone con disabilità e degli anziani; 4. la presenza di figure professionali complementari all'insegnante di sostegno ed a supporto dell'integrazione sociale dell'alunno con disabilità. Il Capitolo è, inoltre, corredato da un *Box* sulle Linee Guida rilasciate dall'Istituto Superiore di Sanità sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti.

L'analisi degli indicatori conferma l'eterogeneità territoriale, favorita dall'assenza di standard nazionali. Tale eterogeneità evidenzia, però, un gradiente Nord-Sud in quasi tutti gli indicatori, con maggiori risorse e maggiori servizi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud ed alle Isole.

La spesa per il *welfare* delle amministrazioni comunali presentano notevoli elementi di variabilità sul territorio. Nel 2009, la spesa dei Comuni e degli Enti associativi per l'assistenza sociale ammontava a 7 miliardi di euro. Rispetto all'anno precedente le risorse impegnate mostrano un aumento del 5,1%, con una spesa pro capite di 117€ l'anno per gli anziani e di 2.691€ l'anno per le persone con disabilità. Nel Nord-Est la spesa sociale per le persone con disabilità supera i 5.000€, mentre nelle regioni del Sud è di poco superiore ai 600€ pro capite. Con il taglio previsto alla spesa sociale, nel periodo 2011-2012, sarà impossibile per le regioni del Sud e per le Isole colmare il *gap* osservato nel 2009.

In prospettiva, data l'evoluzione demografica, aumenteranno le famiglie con persone con disabilità (anche a parità di tassi di disabilità specifici per età), ma diminuiranno le risorse economiche e la densità delle reti informali che non sono più in grado, autonomamente, di reggere il peso del lavoro di cura ed assistenza, come in passato. A questo punto, però, occorrerebbe creare un nuovo modello di *welfare* fondato sul coinvolgimento attivo di tutti gli attori combinando responsabilità istituzionali e responsabilità civiche dei singoli e dei gruppi come protagonisti attivi nell'elaborazione di soluzioni e non più come semplici portatori di bisogni e fruitori di servizi. Si potrebbe, inoltre, sopperire alla mancanza di risorse drenandole dai benefici monetari (pensioni ed assegni) che potrebbero essere tradotti in servizi, con il vincolo di una destinazione dei servizi mirata ed efficiente.

### Riferimenti bibliografici

(1) A. Marano, "I tagli all'assistenza in Italia. Motivazioni e conseguenze" Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa" Milano, 2011.

## Aiuti formali ed informali

**Significato.** Le famiglie con almeno un componente con disabilità presentano un maggior rischio di trovarsi in condizioni di isolamento relazionale e, nei casi di non autosufficienza, con un maggiore impegno nel lavoro di cura. Scopo dell'indicatore è quello di descrivere la densità delle diverse reti sociali intorno al nucleo familiare con almeno un componente con disabilità. Si considerano tre tipologie di aiuto: quelli formali erogati da Enti pubblici, quelli formali erogati da privati e quelli informali.

ti da privati e quelli informali.

L'importanza dell'indicatore risiede nel fatto che esso fornisce una misura delle capacità del settore formale di farsi carico dei bisogni delle famiglie con almeno un componente con disabilità; inoltre, l'analisi congiunta di questo indicatore, comprendendo gli aiuti di tipo pubblico e gli aiuti informali, potrebbe evidenziare delle carenze del sistema pubblico a scapito di un maggior carico da parte della rete informale.

### *Famiglie con almeno un componente con disabilità che hanno usufruito dell'aiuto x*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Famiglie con almeno un componente con disabilità che hanno usufruito dell'aiuto x  
 Denominatore Famiglie con almeno un componente con disabilità

**Validità e limiti.** All'interno degli aiuti formali pubblici sono state considerate le seguenti prestazioni: prestazioni non sanitarie di aiuto o assistenza ricevute a domicilio, prestazioni sanitarie a domicilio e prestazioni economiche erogate dal Comune o da altro Istituto/Ente pubblico. Tra gli aiuti formali di tipo privato sono stati considerati: il servizio di personale per assistenza ad un persona con disabilità o anziana o, in generale, per attività domestiche e le prestazioni di tipo economico erogate da Istituti di beneficenza. Per quanto concerne gli aiuti informali sono quelli prestati alla famiglia in modo gratuito da persone e/o parenti che non vivono con loro.

Le categorie di aiuti presentate non sono auto-esclusive e la stessa famiglia potrebbe ricorrere anche a tutte e tre le tipologie di aiuto. Nell'analizzare i dati sul territorio non bisogna, però, dimenticare che alcune delle differenze potrebbero essere imputabili ai diversi modelli organizzativi socio-sanitari adottati dalle regioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non è possibile determinare a priori un valore di riferimento se non un totale soddisfacimento dei bisogni di aiuto da parte del settore pubblico.

### **Descrizione dei risultati**

Gli aiuti di tipo economico coinvolgono una percentuale molto bassa di famiglie, il 4,0% delle famiglie con almeno una persona con disabilità e solo il 2,5% delle famiglie senza persone con disabilità.

Gli aiuti forniti dalla rete informale si confermano essere quelli a più ampia diffusione a livello nazionale. Sono, infatti, il 21,5% le famiglie che ricevono questo tipo di supporto, sebbene si registri un decremento di quasi 10 punti percentuali rispetto al dato del 2003. Anche gli aiuti forniti dalla rete formale, sia essa di tipo pubblico o privato, sono diminuiti: solo il

13,1% ed il 12,0% delle famiglie con almeno un componente con disabilità riceve, rispettivamente, un aiuto dalla rete formale di tipo privato e da quella di tipo pubblico rispetto a circa il 15,3% registrato per entrambi gli aiuti nel 2003 (Tabella 1). Questo basso ricorso agli aiuti formali ed informali potrebbe essere imputabile alla situazione economica in cui versa il Paese, con da un lato gli Enti locali che dispongono di risorse economiche limitate e dall'altro un minor ricorso alla badante.

L'analisi degli indicatori a livello regionale non evidenzia per gli aiuti della rete informale e per quella formale di tipo privato il consueto gradiente Nord-Sud. Le regioni dove la rete informale è più fitta sono il Trentino-Alto Adige, il Veneto e la Sardegna con, rispettivamente, il 29,8%, il 26,5% ed il 25,9% di famiglie raggiunte da almeno un aiuto da parte di persone non conviventi, sia familiari che non familiari.

La rete informale è più rarefatta in Umbria (16,6% delle famiglie), Calabria (17,5% delle famiglie) e Toscana (17,6% delle famiglie), dove sono molte di meno le famiglie con almeno un componente con disabilità che hanno usufruito nelle ultime 4 settimane di un aiuto di questo tipo. L'Abruzzo rappresenta la regione con il più alto ricorso agli aiuti formali di tipo privato con il 18,7% delle famiglie che dichiarano di ricorrere ad una badante, seguita dal Veneto e dall'Emilia-Romagna con, rispettivamente, il 16,8% ed il 16,1% delle famiglie con almeno un componente con disabilità.

Le Marche (16,9% delle famiglie) e l'Umbria (16,4% delle famiglie) sono, invece, le regioni dove gli aiuti pubblici sembrano essere più diffusi, a cui si aggiungono quasi tutte le regioni della ripartizione del Nord-Est, con percentuali che variano dal 14,3% al 16,3% di famiglie con componenti con disabilità che usufruiscono di questo aiuto.

**Tabella 1** - Percentuale di famiglie con almeno un componente con disabilità per tipo di aiuto ricevuto e regione - Anno 2009

Regioni	Aiuti formali pubblici	Aiuti formali privati	Aiuti informali
Piemonte e Valle d'Aosta	11,9	10,2	19,2
Lombardia	9,7	12,2	20,1
Trentino-Alto Adige*	16,3	9,7	29,8
Veneto	16,3	16,8	26,5
Friuli Venezia Giulia	15,3	13,9	20,9
Liguria	10,4	9,8	18,5
Emilia-Romagna	14,3	16,1	22,5
Toscana	10,4	15,8	17,6
Umbria	16,4	11,4	16,6
Marche	16,9	12,2	24,6
Lazio	13,6	11,2	21,8
Abruzzo	14,1	18,7	21,6
Molise	9,1	15,7	19,9
Campania	10,8	12,2	22,0
Puglia	10,0	10,8	21,1
Basilicata	8,7	11,4	22,3
Calabria	7,0	11,1	17,5
Sicilia	10,5	14,5	22,3
Sardegna	10,8	15,0	25,9
<b>Italia</b>	<b>12,0</b>	<b>13,1</b>	<b>21,5</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo su "Famiglie e soggetti sociali". Anno 2009.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Indagine Multiscopo su "Famiglie e soggetti sociali". Anno 2009.

## Spesa dei Comuni per interventi e servizi sociali destinati alle persone con disabilità ed agli anziani

**Significato.** La Legge n. 328/2000 attribuisce un ruolo fondamentale ai Comuni singoli e/o associati nella concertazione con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) delle politiche socio-sanitarie del territorio. I servizi erogati dai Comuni possono essere di tre tipi: 1. quelli resi direttamente alla persona; 2. i contributi economici erogati direttamente ai cittadini; 3. quelli che presuppongono il funzionamento e la gestione di

strutture stabili sul territorio. Gli indicatori presentati forniscono una misura dello stanziamento complessivo erogato per interventi e servizi sociali in favore delle persone con disabilità e degli anziani. La scelta d'includere, oltre alla spesa per le persone con disabilità, anche la spesa per gli anziani è dovuta al fatto che le persone con disabilità con un'età >65 anni sono incluse in questa categoria di utenza.

### Spesa sociale pro capite

Numeratore  $\frac{\text{Spesa dei Comuni singoli ed associati per interventi e servizi sociali destinata alle persone con disabilità}}{\text{Popolazione con disabilità con età } < 65 \text{ anni}}$

Denominatore

Numeratore  $\frac{\text{Spesa dei Comuni singoli ed associati per interventi e servizi sociali destinata agli anziani}}{\text{Popolazione di 65 anni ed oltre}}$

Denominatore

### Quota di spesa sociale destinata alle persone con disabilità ed agli anziani

Numeratore  $\frac{\text{Spesa dei Comuni singoli ed associati per interventi e servizi sociali destinata alle persone con disabilità ed agli anziani}}{\text{Spesa dei Comuni singoli ed associati per interventi e servizi sociali}} \times 100$

Denominatore

**Validità e limiti.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa per i servizi che i Comuni erogano da soli o in associazione con altri Enti, secondo un modello di organizzazione che può variare non solo tra le regioni, ma anche all'interno di una stessa regione. L'unità di rilevazione è, pertanto, costituita dai Comuni singoli e dalle loro associazioni quali comprensori e consorzi, comunità montane e distretti socio-sanitari delle ASL che affiancano i Comuni singoli e, talvolta, li sostituiscono. I criteri con i quali viene definito questo tipo di spesa possono non essere omogenei tra realtà diverse e, quindi, non rispecchiare in maniera fedele l'effettiva destinazione di risorse economiche da parte dei Comuni per il sostegno delle persone con disabilità ed anziane. Infine, i valori dell'indicatore risentono contemporaneamente della dimensione e dell'efficienza dell'offerta ed, ancora, della struttura e dimensione dei bisogni. Seguendo le definizioni internazionali la spesa per le persone con disabilità di età  $\geq 65$  anni è inserita all'interno dell'area di utenza anziani, non permettendo di distinguere la spesa per la popolazione anziana senza disabilità da quella con disabilità.

Nell'analisi dei risultati è opportuno considerare alcune peculiarità territoriali: 1. la PA di Bolzano concentra tutte le competenze in materia sociale, comprese le

pensioni d'invalidità che non sono finanziate dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ma direttamente dalla Provincia con proprie risorse; 2. nella PA di Trento la rilevazione ha interessato i Comuni e gli Enti gestori delle funzioni delegate dalla PA ai Comuni, tali funzioni sono finanziate dalla Provincia con apposito Fondo socio-assistenziale; 3. la Valle d'Aosta mantiene il ruolo di Ente che, oltre a programmare, gestisce le politiche sociali e non delega ai Comuni l'esercizio di tali funzioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non è possibile indicare un valore di riferimento.

### Descrizione dei risultati

La spesa sociale delle amministrazioni comunali presenta notevoli elementi di variabilità sul territorio. Nel 2009, la spesa dei Comuni e degli Enti associativi per l'assistenza sociale ammonta a 7 miliardi di euro. Rispetto all'anno precedente le risorse impegnate mostrano un aumento del 5,1%. A livello nazionale, la spesa sociale per gli anziani assorbe il 20,4% del totale della spesa, mentre quella dedicata alle persone con disabilità è pari al 21,6%. Per quanto riguarda la distribuzione della spesa per macroaree d'intervento è così suddivisa: il 52,4% della spesa sociale per anziani è dedicata ad interventi e servizi, il 27,2% ai trasfe-

rimenti in denaro ed il 20,4% a strutture. Le percentuali di spesa dedicate alle persone con disabilità rispettano più o meno la stessa distribuzione e sono, rispettivamente, il 50,9%, il 24,2% ed il 24,8%. Le differenze più rilevanti riguardano le dimensioni dell'offerta socio-assistenziale. A livello nazionale, la spesa pro capite è di 117€ l'anno per gli anziani e di 2.682€ l'anno per le persone con disabilità. A livello regionale, per la spesa sociale pro capite che ha come utenza la popolazione anziana, si passa dai 27€ della Calabria ai 940€ della Valle d'Aosta; per la spesa sociale pro capite a favore delle persone con disabili-

tà si passa da 261€ della Valle d'Aosta ai 23.731€ della PA di Bolzano. Anche se con qualche eccezione l'analisi della spesa sociale evidenzia un gradiente Nord-Sud con valori di spesa maggiori nelle regioni del Nord, sia in termini di spesa pro capite che in termini di quota spesa allocata per le tipologie di utenza selezionate. Questa elevata variabilità territoriale potrebbe essere in parte dovuta ad una reale differenza nell'allocatione delle risorse dei Comuni, ma risente anche sicuramente dei diversi *mix* organizzativi e di erogazione dei servizi scelti dalle singole politiche comunali.

**Tabella 1** - Spesa (valori assoluti in €, percentuale e valori pro capite in €) dei Comuni singoli ed associati per interventi e servizi sociali destinati agli anziani ed alle persone con disabilità per regione - Anno 2009

Regioni	Valore assoluto	Anziani		Persone con disabilità		
		Valore %	Valore pro capite	Valore assoluto	Valore %	Valore pro capite
Piemonte	157.246.714	23,8	156	146.392.249	22,2	3.819
Valle d'Aosta	24.892.484	72,5	940	217.547	0,6	261
Lombardia	233.222.491	19,3	119	277.213.526	22,9	3.616
Bolzano-Bozen	24.844.140	21,7	280	55.837.892	48,8	23.731
Trento	37.040.581	24,1	369	44.640.421	29,0	18.191
Veneto	129.513.228	23,2	134	141.082.560	25,3	3.824
Friuli Venezia Giulia	70.518.169	26,7	246	68.062.414	25,7	6.084
Liguria	55.341.380	24,5	128	30.085.197	13,3	2.750
Emilia-Romagna	135.061.574	17,8	138	121.525.543	16,0	4.432
Toscana	125.620.967	24,7	145	83.360.938	16,4	2.611
Umbria	11.809.856	13,8	57	13.163.451	15,4	1.607
Marche	25.194.935	14,9	71	42.762.695	25,3	3.870
Lazio	132.978.865	16,7	119	140.145.161	17,6	2.692
Abruzzo	17.350.128	20,8	61	21.616.890	26,0	1.745
Molise	2.972.041	25,8	42	2.361.669	20,5	862
Campania	55.389.560	17,6	60	43.662.891	13,9	523
Puglia	37.048.133	16,6	50	32.597.958	14,6	687
Basilicata	6.857.945	18,5	58	8.269.294	22,3	1.203
Calabria	9.980.223	19,5	27	9.057.724	17,7	387
Sicilia	71.770.474	18,5	78	97.509.023	25,1	1.674
Sardegna	57.699.926	17,3	183	129.363.458	38,9	7.281
<b>Italia</b>	<b>1.422.353.814</b>	<b>20,4</b>	<b>117</b>	<b>1.508.928.501</b>	<b>21,6</b>	<b>2.682</b>

**Fonte dei dati:** Istat - Ragioneria generale dello Stato. Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.

## Spesa dei Comuni per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, *voucher* e strutture residenziali per persone con disabilità ed anziani

**Significato.** L'indicatore prende in considerazione i servizi per le persone con disabilità ed anziane che assorbono una quota maggiore di spesa. In totale,

infatti, i servizi presi in considerazione assorbono circa il 61% della spesa sociale dei Comuni per anziani e per persone con disabilità.

### Spesa media per utente

Numeratore	Spesa dei Comuni singoli ed associati destinata alle persone con disabilità ed agli anziani per il servizio $x$
Denominatore	Persone con disabilità ed anziani

**Validità e limiti.** L'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa per i servizi che i Comuni erogano da soli o in associazione con altri Enti, secondo un modello di organizzazione che può variare non solo tra le regioni, ma anche all'interno di una stessa regione. L'unità di rilevazione è, pertanto, costituita dai Comuni singoli e dalle loro associazioni quali comprensori e consorzi, comunità montane e distretti socio-sanitari delle Aziende Sanitarie Locali che affiancano i Comuni singoli e, talvolta, li sostituiscono. Infine, i valori dell'indicatore risentono contemporaneamente della dimensione e dell'efficienza dell'offerta ed, ancora, della struttura e dimensione dei bisogni. Seguendo le definizioni internazionali la spesa per le persone con disabilità di età  $\geq 65$  anni è inserita all'interno dell'area di utenza anziani, non permettendo di distinguere la spesa per la popolazione anziana senza disabilità da quella con disabilità.

Nell'analisi dei risultati è opportuno considerare alcune peculiarità territoriali: 1. la PA di Bolzano concentra tutte le competenze in materia sociale, comprese le pensioni d'invalidità che non sono finanziate dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ma direttamente dalla Provincia con proprie risorse; 2. nella PA di Trento la rilevazione ha interessato i Comuni e gli Enti gestori delle funzioni delegate dalla PA ai Comuni, tali funzioni sono finanziate dalla Provincia con apposito Fondo socio-assistenziale; 3. la Valle d'Aosta mantiene il ruolo di Ente che, oltre a programmare, gestisce le politiche sociali e non delega ai Comuni l'esercizio di tali funzioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non è possibile indicare un valore di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Nel 2009, ammonta a circa 1 miliardo e 300 milioni di euro la spesa dei Comuni e degli Enti associati destinata all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, ai

*voucher*, agli assegni di cura, ai buoni socio-sanitari ed alle strutture residenziali per le persone con disabilità ed agli anziani. Il 52,9% è relativo alle strutture residenziali, il 36,5% all'assistenza domiciliare socio-assistenziale ed il 10,6% ai *voucher*. Rispetto all'anno precedente le risorse impegnate dai Comuni per le tre categorie di servizi sociali mostrano un lieve aumento pari all'1,9% (1).

Per quanto riguarda i destinatari dell'assistenza la spesa per *voucher*, assegno di cura e buono è assorbita per il 74,0% dagli anziani, quota percentuale che scende al 72,1% per la spesa relativa all'assistenza domiciliare socio-assistenziale ed arriva al 62,3% per la spesa relativa alle strutture residenziali (1).

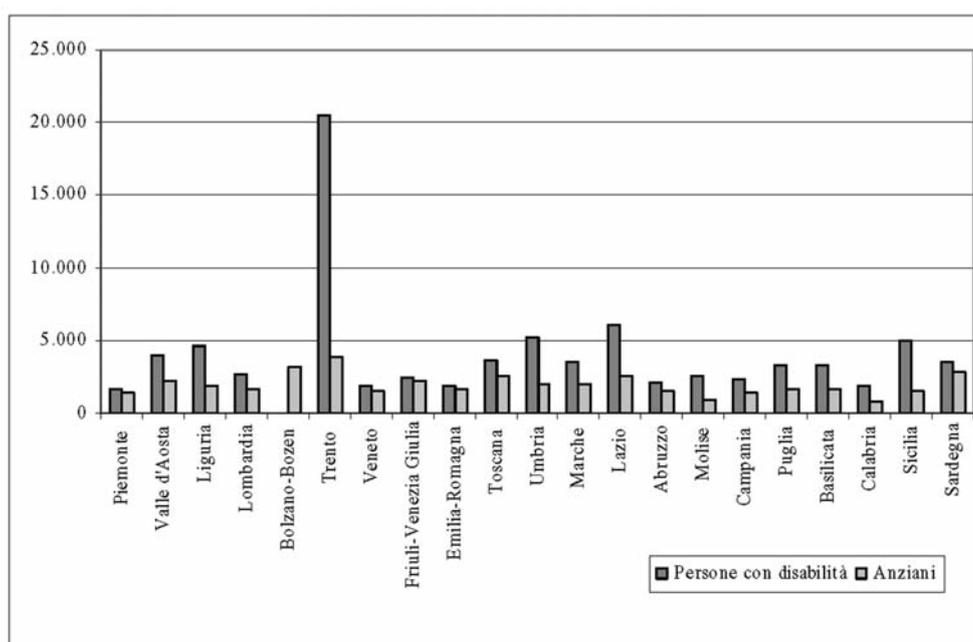
A livello nazionale, per le persone con disabilità ed anziane i Comuni spendono, in media, 5.198€ per le strutture residenziali, 2.136€ per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e 1.665€ per i *voucher*, assegno di cura e buono socio-sanitario (Tabella 1). A livello regionale, la spesa sociale per le strutture residenziali passa dai 954€ del Molise ai 21.735€ per la Valle d'Aosta, quella per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale passa dai 1.000€ della Calabria ai 4.001€ della PA di Trento e quella per i *voucher* dai 574€ della Calabria ai 6.711€ della PA di Trento. Sebbene esista una variabilità territoriale, essa non evidenzia una netta contrapposizione tra Comuni del Nord e quelli del Meridione. Tuttavia, se l'attenzione si sposta alle persone con disabilità ed anziani destinatari dei principali servizi sociali il gradiente Nord-Sud risulta più marcato. Infatti, il 77,8% degli utenti che ha ricevuto un *voucher* risiede nei Comuni del Nord contro il 17,0% del Sud e delle Isole ed il 73,3% degli utenti ospiti di una struttura residenziale proviene da Comuni del Nord contro il 9,0% del Meridione. Solo per gli utenti che usufruiscono dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale risultano attenuate le differenze territoriali, il 49,6% del Nord contro il 36,4% del Sud e delle Isole.

**Tabella 1** - Utenti (valori assoluti) e spesa media (€) per utente destinata dai Comuni singoli ed associati alle persone con disabilità ed agli anziani per i principali servizi sociali per regione - Anno 2009

Regioni	Assistenza domiciliare socio-assistenziale		Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario		Strutture residenziali	
	Utenti	Spesa media per utente	Utenti	Spesa media per utente	Utenti	Spesa media per utente
Piemonte	14.817	1.510	6.845	4.569	14.249	5.560
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2.477	2.301	169	6.509	675	21.735
Lombardia	39.443	1.848	13.658	1.746	15.765	6.755
Bolzano-Bozen	4.158	3.211	-	-	4.148	4.315
Trento	3.994	4.001	577	6.711	1.961	11.233
Veneto	15.044	1.540	30.350	598	37.612	1.897
Friuli Venezia Giulia	6.639	2.270	1.915	3.242	5.664	7.479
Liguria	5.865	2.211	3.046	3.206	3.033	4.329
Emilia-Romagna	16.918	1.715	7.448	1.198	13.044	4.545
Toscana	8.292	2.808	3.475	2.207	12.189	4.765
Umbria	1.122	3.188	48	3.800	1.039	5.329
Marche	3.631	2.328	516	2.899	3.218	3.810
Lazio	17.756	3.793	285	1.161	6.770	11.416
Abruzzo	7.231	1.665	142	2.241	609	4.580
Molise	2.370	1.187	290	1.163	123	954
Campania	16.509	1.644	436	1.635	1.131	8.002
Puglia	6.643	1.959	1.818	2.493	1.663	6.547
Basilicata	3.220	2.078	-	-	211	5.640
Calabria	6.764	1.000	113	574	436	6.393
Sicilia	22.853	1.867	10.651	1.525	4.904	10.648
Sardegna	14.814	3.162	599	3.604	2.787	8.447
<b>Italia</b>	<b>220.560</b>	<b>2.136</b>	<b>82.381</b>	<b>1.665</b>	<b>131.231</b>	<b>5.198</b>

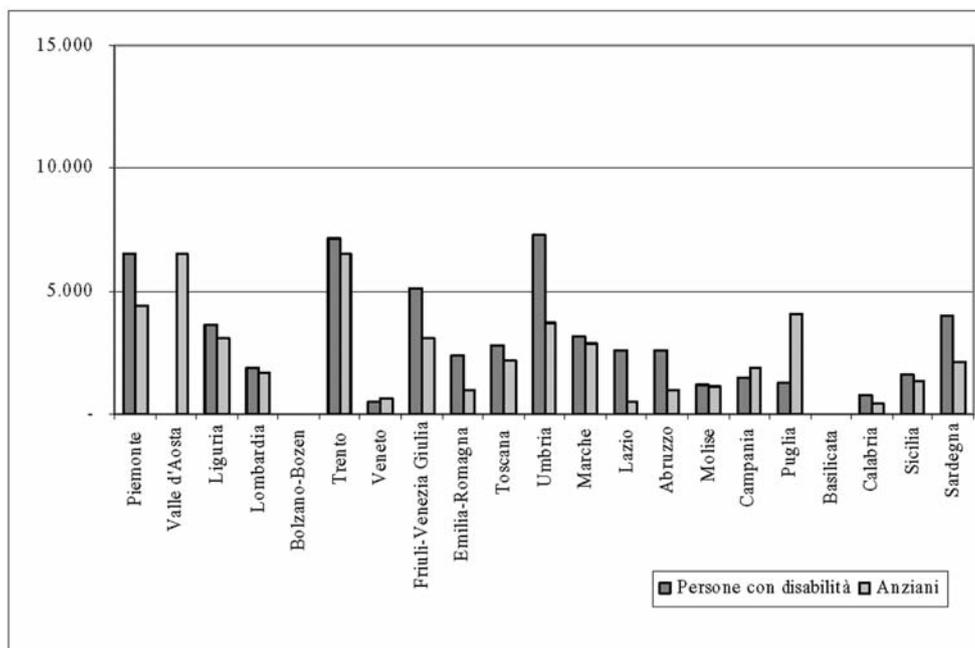
- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Istat - Ragioneria generale dello Stato. Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.

**Grafico 1** - Spesa media (€) per utente dei Comuni singoli ed associati per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale destinata alle persone con disabilità ed agli anziani per regione - Anno 2009

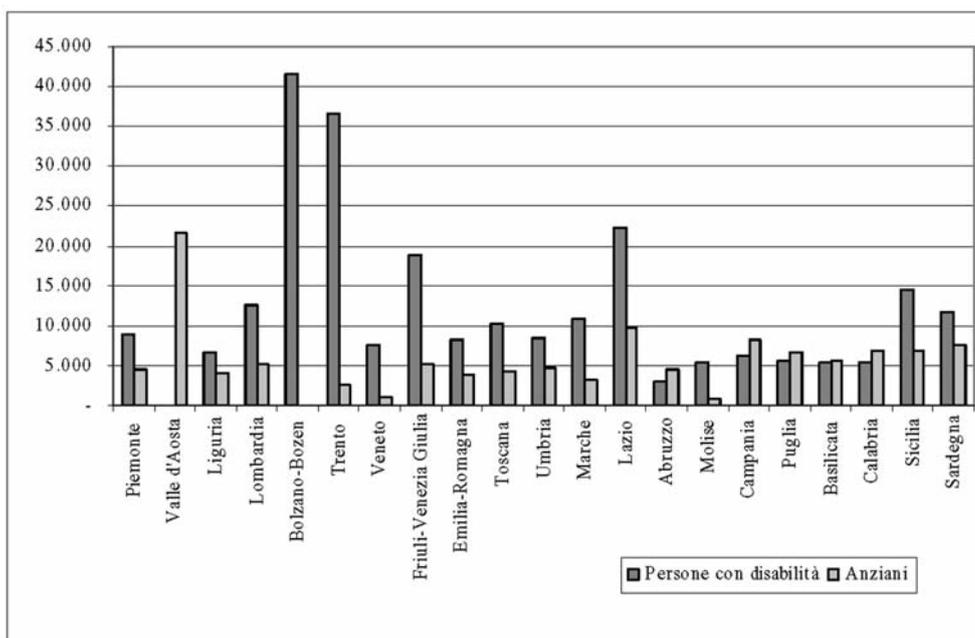
**Fonte dei dati:** Istat - Ragioneria generale dello Stato. Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.

**Grafico 2** - Spesa media (€) per utente dei Comuni singoli ed associati per voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario destinata alle persone con disabilità ed agli anziani per regione - Anno 2009



**Fonte dei dati:** Istat - Ragioneria generale dello Stato. Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.

**Grafico 3** - Spesa media (€) per utente dei Comuni singoli ed associati per strutture residenziali destinata alle persone con disabilità ed agli anziani per regione - Anno 2009



**Fonte dei dati:** Istat - Ragioneria generale dello Stato. Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Ragioneria generale dello Stato. Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico -

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati. Anno 2009.

## Figure professionali a sostegno dell'integrazione scolastica degli alunni con disabilità

**Significato.** Il processo d'integrazione scolastica passa attraverso lo sviluppo delle competenze dell'alunno negli apprendimenti, nella comunicazione, nella relazione e nella socializzazione, obiettivi raggiungibili attraverso la collaborazione ed il coordinamento di tutte le componenti in questione ed attraverso una pianificazione puntuale degli interventi da mettere in atto. Per quando riguarda l'apprendimento, le figure professionali di riferimento sono quelle del docente curricolare e del docente di sostegno, cui si affiancano, per lo sviluppo della comunicazione, delle relazio-

ni e della socializzazione, altre figure professionali, tra le quali l'Assistente Educativo Culturale o assistente *ad personam*, il facilitatore della comunicazione, il comunicatore per sordi ed il personale volontario. I dati relativi ai docenti di sostegno vengono diffusi dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MIUR), mentre poco si sa delle altre figure professionali che dovrebbero supportare, a seconda delle specifiche esigenze, l'alunno con disabilità nel processo d'integrazione sociale.

### Figure professionali a sostegno dell'integrazione scolastica per tipologia di figura professionale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Figura professionale di tipo } x}{\text{Alunni con disabilità}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Gli assistenti educativi culturali sono dipendenti del Comune o di Cooperative e collaborano attivamente per l'integrazione dei minori non autonomi, supportandoli nell'integrazione con la classe, aiutandoli a mangiare e ad andare in bagno.

L'attività dei facilitatori della comunicazione è rivolta, prevalentemente, ad alunni con disabilità cognitive ed a soggetti autistici. Il comunicatore per la Lingua Italiana dei Segni o per i sordi oralisti è un operatore che si pone come ponte comunicativo tra l'alunno con sordità, la classe ed i docenti con l'obiettivo di abbattere le barriere comunicative, offrire pari opportunità e consentire allo studente sordo di esprimere pienamente le proprie potenzialità scolastiche.

L'indicatore è stato calcolato utilizzando il totale della popolazione scolastica con disabilità e non la popolazione che direttamente dovrebbe usufruire della specifica figura professionale. Infatti, il denominatore ottimale per l'assistente *ad personam* dovrebbe essere costituito dagli alunni non autosufficienti, quello per i comunicatori per sordi dagli alunni affetti da sordità, mentre quello sui facilitatori della comunicazione dovrebbe essere costituito dagli alunni con disabilità cognitive e da soggetti autistici. Tali informazioni, però, non sono attualmente disponibili.

La presenza o meno delle figure professionali dipende non solo dalla disponibilità economica delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e degli Enti locali, ma anche dalla diversa distribuzione delle tipologie di disabilità.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non è possibile indicare un valore di riferimento.

### Descrizione dei risultati

Nell'anno scolastico 2009/10, le figure professionali

messe a disposizione da ASL ed Enti locali per favorire l'integrazione degli alunni con disabilità ammontano a 31.476 unità. Di questi, 5.756 lavorano nella scuola dell'infanzia (18,6%), circa 13 mila lavorano nella scuola primaria (41,1%), 7.865 nella scuola secondaria di I grado (25,0%) e 4.908 nella scuola secondaria di II grado (1).

L'assistente educativo culturale è la figura professionale maggiormente utilizzata nelle scuole di ogni ordine, passando dal 79,3% nelle scuole materne al 76,2% nelle scuole secondarie di II grado, segue il facilitatore della comunicazione (10,2%) ed il personale volontario (8,8%); mentre solo il 3,8% delle unità complessive è costituito dal comunicatore per sordi (1).

Le distribuzioni regionali della presenza delle figure professionali per alunno con disabilità evidenziano una netta contrapposizione tra regioni del Nord e quelle del Sud ed Isole. Per ogni 1.000 alunni con disabilità 121,16 sono gli assistenti educativi culturali presenti nelle scuole di ogni ordine. Il livello minimo si raggiunge in Sicilia ed in Campania (rispettivamente, 16,78 e 22,60 assistenti) ogni 1.000 alunni con disabilità ed il massimo nelle Marche, in Friuli Venezia Giulia ed in Emilia-Romagna dove si raggiunge la proporzione di 1 assistente ogni 4 alunni con disabilità. Il differenziale Nord-Sud si conferma anche se si analizza la presenza del facilitatore della comunicazione o dei comunicatori per sordi; per la prima figura professionale le regioni che hanno il maggior numero sono la PA di Trento e la Lombardia con 38,32 e 31,85 ogni 1.000 alunni con disabilità, mentre quelle con i valori più bassi si trovano nel Sud a cui si associano l'Umbria e la Valle d'Aosta. Per i comunicatori le regioni con la proporzione più alta sono il Lazio (12,64 unità ogni 1.000 alunni disabili) ed il Veneto (10,89 unità ogni 1.000 alunni disabili), mentre il fanalino di coda è rap-

presentato dalle regioni del Sud e dalle Isole. In controtendenza, invece, la distribuzione territoriale del personale volontario a cui fanno maggiormente ricor-

so la Sicilia, l'Umbria, la Campania e la Calabria per evidenti limiti di capacità di spesa.

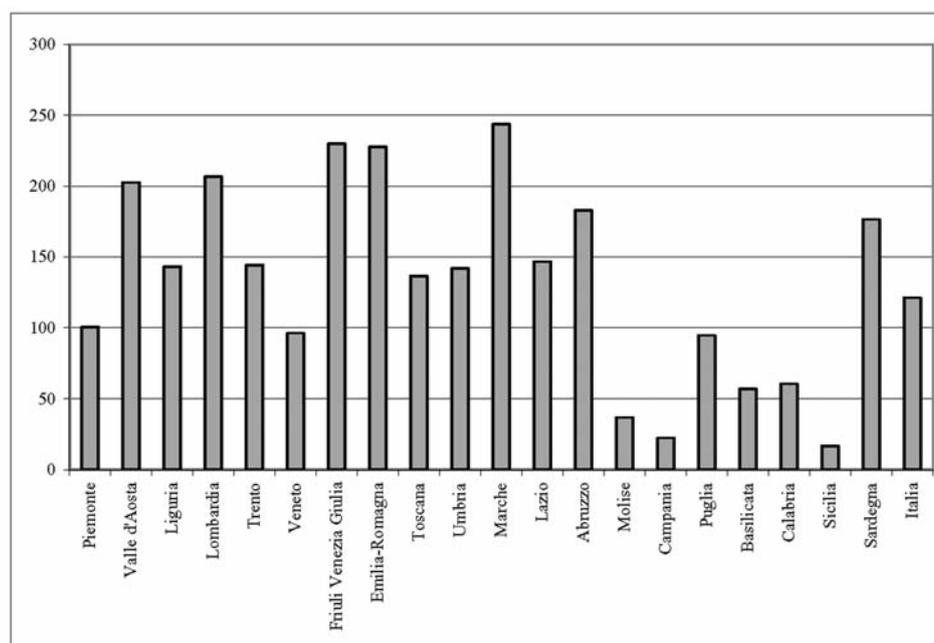
**Tabella 1** - Figure professionali (valori assoluti e tasso per 1.000) a sostegno dell'integrazione scolastica per tipologia di figura professionale e regione - Anno scolastico 2009/10

Regioni	Assistenti Educativi Culturali		Comunicatori per sordi		Facilitatori della comunicazione		Personale volontario	
	N	Tassi	N	Tassi	N	Tassi	N	Tassi
Piemonte	1.355	100,44	124	9,19	177	13,12	102	7,56
Valle d'Aosta	75	202,70	0	0,00	2	5,41	0	0,00
Lombardia	6.309	206,75	180	5,90	972	31,85	400	13,11
Bolzano-Bozen	-	-	-	-	-	-	-	-
Trento	241	144,31	6	3,59	64	38,32	1	0,60
Veneto	1.371	96,33	155	10,89	293	20,59	233	16,37
Friuli Venezia Giulia	649	229,98	18	6,38	31	10,99	28	9,92
Liguria	631	143,25	14	3,18	124	28,15	23	5,22
Emilia-Romagna	2.986	227,85	43	3,28	245	18,70	110	8,39
Toscana	1.341	136,60	34	3,46	213	21,70	149	15,18
Umbria	329	141,81	7	3,02	12	5,17	47	20,26
Marche	1.250	243,62	11	2,14	110	21,44	83	16,18
Lazio	3.399	146,64	293	12,64	295	12,73	275	11,86
Abruzzo	906	182,88	12	2,42	62	12,52	51	10,29
Molise	34	37,00	0	0,00	13	14,15	7	7,62
Campania	518	22,60	67	2,92	118	5,15	441	19,24
Puglia	1.268	94,54	75	5,59	158	11,78	205	15,28
Basilicata	89	57,16	2	1,28	13	8,35	23	14,77
Calabria	385	60,70	2	0,32	21	3,31	114	17,97
Sicilia	363	16,78	149	6,89	223	10,31	455	21,03
Sardegna	788	176,56	10	2,24	56	12,55	38	8,51
<b>Italia</b>	<b>24.287</b>	<b>121,16</b>	<b>1.202</b>	<b>6,00</b>	<b>3.202</b>	<b>15,97</b>	<b>2.785</b>	<b>13,89</b>

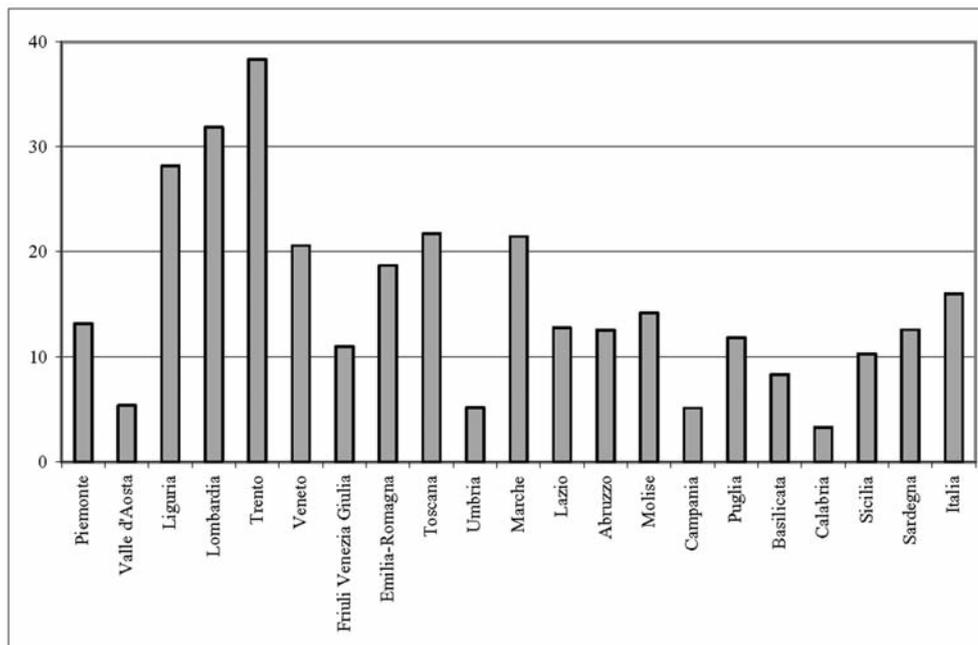
- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** MIUR Direzione Generale per gli Studi, la Statistica e i Sistemi Informativi - Servizio Statistico. Anno scolastico 2009/10.

**Grafico 1** - Tasso (per 1.000) di assistenti educativi culturali per regione - Anno scolastico 2009/10



**Fonte dei dati:** MIUR Direzione Generale per gli Studi, la Statistica e i Sistemi Informativi - Servizio Statistico. Anno scolastico 2009/10.

**Grafico 2** - Tasso (per 1.000) di facilitatori della comunicazione per regione - Anno scolastico 2009/10

**Fonte dei dati:** MIUR Direzione Generale per gli Studi, la Statistica e i Sistemi Informativi - Servizio Statistico. Anno scolastico 2009/10.

#### Riferimenti bibliografici

(1) MIUR Direzione Generale per gli Studi, la Statistica e i Sistemi Informativi - Servizio Statistico. Anno scolastico 2009/10.

## Linee Guida: trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini ed adolescenti

Prof. Carlo Hanau

Sei anni fa, l'Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici (1), insieme alle altre associazioni impegnate in questo settore che aderiscono alla Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap, aveva chiesto al Ministero della Salute di definire quali fossero i trattamenti utili per i figli con autismo. La risposta è venuta con la Linea Guida n. 21, "Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini ed adolescenti", pubblicata il 25 ottobre 2011, dall'Istituto Superiore di Sanità (2), che indica i trattamenti utili, di provata efficacia, e quelli dannosi, mentre nulla viene detto sui trattamenti che non hanno prove di efficacia. Una sintesi per il pubblico è apparsa successivamente (3).

La Linea Guida italiana riprende quella della Scozia del 2007, aggiornandola con le ricerche pubblicate recentemente, ed è conforme alle altre Linee Guida prodotte nell'ultimo decennio, fra le quali quella della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza uscita nel 2005, quelle degli Stati Uniti e dello Stato di New York del 2011.

La Linea Guida fornisce indicazioni basate sull'*Evidence Based Medicine*, fornendo un valido sostegno a medici e genitori. La constatazione dell'impotenza della medicina per una condizione interamente biologica dovrebbe essere uno stimolo ad intensificare la ricerca biomedica sull'autismo per arrivare a terapie realmente efficaci (4). Ad oggi, infatti, soltanto un paio di farmaci tra quelli testati sono stati ritenuti efficaci nel trattamento di alcuni dei sintomi che sono associati all'autismo, ma ancora non è stato trovato il farmaco che sia in grado di curare il "core" del disturbo.

Per quanto riguarda la riabilitazione che, nel caso dell'autismo, coincide in larga parte con l'educazione speciale, la Linea Guida è stata molto prudente, poiché la disamina critica della letteratura non consente trionfalismi o certezze per ciò che concerne l'evoluzione a lungo termine per l'età adulta, anche se qualche studio longitudinale prolungato su singoli casi comincia ad essere presente (5).

L'evidenza delle prove è a favore del coinvolgimento dei genitori nell'abilitazione dei figli con autismo e, dunque, c'è indicazione a dare loro una formazione teorica e pratica per un coinvolgimento competente ed efficace (*parent training*), che può utilmente abbinarsi a quello degli educatori (*parent and teacher training*).

Secondo la Linea Guida n. 21 le strategie d'intervento validate dalla letteratura sono quelle che prendono per base l'Analisi Applicata del Comportamento (*Applied behaviour intervention* utilizzata per l'autismo da Ivar Lovaas) e le analisi cognitivo-comportamentali ed evolutive, come il più recente *Early Start Denver Model* che si rivolge ai piccolissimi ed eredita buona parte del programma per il trattamento e l'educazione dei bambini autistici e con problemi di comunicazione di Eric Schopler, oltre che l'esperienza dell'Analisi Applicata del Comportamento.

La Linea Guida si esprime, sia pure in modo prudente e non trionfalistico, a favore delle terapie con base comportamentale che migliorano: le abilità intellettive, il linguaggio ed i comportamenti adattativi. Per quanto riguarda, invece, l'ultima caratteristica della triade dell'autismo, cioè gli interessi ristretti e ripetitivi, non ci sono evidenze di miglioramento con nessun approccio.

Disponendo di risorse da impiegarsi elevate (almeno 20 ore la settimana), i risultati sembrano ripagare ampiamente questo impegno, consentendo di risparmiare somme di un ordine di grandezza superiore nel resto della vita della persona con autismo e, soprattutto, di migliorare la qualità della vita sua e della sua famiglia.

Trattandosi di educazione speciale ad allievi gravi, il rapporto uno a uno è quasi sempre garantito da insegnanti di sostegno e da educatori *ad personam* dei Comuni, per cui la copertura oraria della scuola potrebbe essere più che sufficiente a garantire l'applicazione di questi metodi intensivi. Purtroppo, ciò che manca quasi sempre è la qualificazione del personale. La scuola, in particolare, deve riassumere il proprio compito direttivo nel campo dell'educazione speciale, facendo cessare il predominio sanitario che rappresenta un pesante aspetto di quella che è stata definita la medicalizzazione dell'handicap. La scuola ha le risorse come gli insegnanti di sostegno che posseggono una buona preparazione generale, per cui sarebbe relativamente facile provvedere all'integrazione della loro formazione con gli elementi teorici del metodo comportamentale applicato all'autismo e la relativa supervisione della loro pratica da parte di coordinatori esperti.

È necessario che le indicazioni della Linea Guida vengano subito attuate dalla scuola, dai servizi sociali e dal sistema sanitario. A tutt'oggi, infatti, la maggior parte delle famiglie con figli autistici riesce con difficoltà e solo se ha una propria disponibilità economica ad accedere a trattamenti precoci, intensivi e strutturati, che raramente vengono erogati direttamente dagli Enti pubblici competenti. L'inserimento di questi interventi nei Livelli Essenziali di Assistenza permetterebbe, invece, alle famiglie di poter usufruire di questi interventi indipendentemente dalle proprie capacità economiche e culturali.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Disponibile sul sito: [www.angsaonlus.org](http://www.angsaonlus.org).
- (2) Disponibile sul sito: [www.snlg-iss.it/lgn\\_disturbi\\_spettro\\_autistico](http://www.snlg-iss.it/lgn_disturbi_spettro_autistico).
- (3) Disponibile sul sito: [www.snlg-iss.it/cms/files/scheda\\_autismo\\_14-03.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/scheda_autismo_14-03.pdf).
- (4) Ricerca Biomedica: Il Bollettino dell'ANGSA, n.1/2012 (sta in: documenti, nel sito: [www.autismotv.it](http://www.autismotv.it)).
- (5) Happé F. & Charlton R.A. (2012): Aging in Autism Spectrum Disorders: A Mini-Review. *Gerontology* 2012; 58: 70-78.
- (6) Hanau Carlo & Franzoni Flavia (2008): Calcolo dei fondi necessari per l'integrazione scolastica, sociale e sanitaria delle persone con autismo. Sta in: *Aspetti socioeconomici della disabilità. Atti del convegno tenuto a Pescara, 11-12 ottobre 2007*, a cura di Giuliana Parodi, Aracne editrice, Roma, 2008, pp.75-94.