

Applicazione dei Criteri per la determinazione del costo dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi residenziali ricompresi nell'Area persone con disabilità

A cura del gruppo di lavoro dedicato:

**Giovanna Agostini, Stefano Campostrini, Alba Civilleri, Marilisa De Luca, Luca Fazzi, Andrea
Francesconi, Marta Gibin, Paola Huber, Maria Lorena Moser, Roberto Pallanch, Federica Sartori,
Maristella Zantedeschi**

Premessa	3
Obiettivi e applicazione per la disabilità	5
Metodo di lavoro	7
Comparazione con le altre regioni	9
La valutazione della disabilità	9
Il finanziamento dei servizi per la disabilità	10
Analisi dei costi e ricavi	13
Analisi dei bisogni di sostegno (SIS)	18
Cosa è la Support Intensity Scale (SIS) e perchè è stata scelta	18
Importanti note di lettura e interpretazione dei dati	18
Analisi descrittive su utenti e servizi	19
Analisi della sezione 1: Bisogni di sostegno	21
Analisi della sezione 3: Bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale	22
Sezione 3A - Bisogni non ordinari di tipo medico	22
Sezione 3B – Bisogni non ordinari di tipo comportamentale	23
Classificazione sulla base dei punteggi SIS della sezione 1	25
Classificazione sulla base dei punteggi SIS della sezione 3	25
Sintesi delle principali evidenze	26
I modelli organizzativi e di offerta	27
L'offerta delle prestazioni	27
Differenziazione dell'offerta interna	27
Il personale	27
L'orientamento all'inclusione	28
L'accessibilità	28
Le attività	28
I progetti individualizzati	28
Continuità assistenziale	29
Considerazioni	29
L'ipotesi di finanziamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità	30
Conclusioni	33
Allegato 1 - Elementi per la definizione delle rette base	36
I parametri per la determinazione del costo/tariffa base dei servizi residenziali	36
I parametri per la determinazione del costo/tariffa base dei servizi semiresidenziali	37
I parametri per la determinazione del costo/tariffa della comunità integrata	37
Allegato 2 - Matrice delle combinazioni di retta	38

Premessa

A partire dal quarto stralcio di programma sociale provinciale approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 347 dell'11 marzo 2022, contenente la "Metodologia per la determinazione del costo dei servizi socio-assistenziali" e dallo strumento riportato in Appendice al medesimo provvedimento, attraverso il presente documento si intendono applicare le indicazioni del "Modello per la determinazione dei costi standard dei servizi socio-assistenziali" all'Area Persone con disabilità, con particolare riferimento alle aggregazioni funzionali semiresidenziale e residenziale.

In particolare, i servizi interessati dall'applicazione del Modello, sono la *Comunità di accoglienza per persone con disabilità* ed i *Percorsi di inclusione* di cui rispettivamente alle schede 4.2 e 4.10 del Catalogo dei servizi socio assistenziali, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 173/2021, di seguito Catalogo. Le valutazioni assunte potranno in ogni caso essere applicate, con le necessarie rimodulazioni, anche alle altre tipologie di servizio rientranti nell'Area Persone con disabilità.

A supporto dell'applicazione del Modello, con la finalità generale di sostenere gli Enti locali nel processo di revisione complessiva del sistema degli affidamenti, secondo il percorso di accreditamento orientato alla qualità introdotto dalla legge provinciale 13/2007 e dal suo regolamento attuativo, nel presente documento vengono analizzati diversi aspetti e caratteristiche dell'attuale offerta di servizi, combinandoli con i bisogni e le caratteristiche delle persone con disabilità, al fine di dare adeguata rilevanza alla domanda.

Tale percorso pone due prospettive convergenti.

La prima, e principale, è quella orientata a progettare servizi capaci di rispondere in maniera attenta ed efficace ai destinatari. Nell'ambito della disabilità, il principio guida riguarda l'implementazione di processi di servizio basati sulla piena inclusione sociale delle persone nel territorio, con forme calibrate alle loro potenzialità. In questa direzione la denominazione *Percorsi di inclusione* attribuita dal Catalogo all'unica tipologia di intervento semiresidenziale, esprime tale focalizzazione, da assumere come base di sviluppo delle valutazioni. Agire per l'inclusione sociale significa concentrare l'azione, e conseguentemente l'offerta dei servizi, sul coinvolgimento attivo delle persone con disabilità e delle loro famiglie, all'interno del progetto di vita e nell'ottica del *dopo di noi*.

La seconda prospettiva mette in luce la contemporanea esigenza di orientare il sistema dei servizi rivolti alle persone con disabilità in ottica di maggiore equità e sostenibilità, anche attraverso i meccanismi di tariffazione. Il sistema dei servizi per la disabilità sul territorio trentino al momento è caratterizzato da:

- pluralità di servizi con obiettivi e standard differenti (a cui la Provincia ha risposto con l'introduzione del nuovo Catalogo);
- soggetti gestori con dimensionamento diverso;
- eterogeneità delle tariffazioni tra soggetti gestori non sempre collegate alle caratteristiche della persona con disabilità;
- diversa composizione per numerosità e profili degli operatori professionali nei servizi;
- diffusa territorializzazione dei servizi nel territorio, con la presenza di soggetti gestori per lo più sviluppati a livello locale, ad esclusione di pochi soggetti di dimensioni maggiori che agiscono su gran parte del territorio provinciale e/o tramite modalità di intervento di carattere specialistico;
- generale riconoscimento sociale dei soggetti gestori all'interno del territorio e da parte delle famiglie.

Nel riparto delle competenze socio-assistenziali tra Provincia e Comunità, i servizi afferenti all'Area Persone con disabilità e Interventi di accompagnamento al lavoro rientrano nelle competenze socio-assistenziali di livello locale, con un ruolo di indirizzo e coordinamento svolto dalla Provincia, anche con riferimento alla definizione dei criteri per la determinazione del costo dei servizi (vd. art. 10 Legge Provinciale 13/2007).

Quanto indicato nel presente documento potrà quindi essere assunto come base di riferimento per la successiva elaborazione del costo puntuale dei servizi, all'interno delle procedure ad evidenza pubblica per il finanziamento dei servizi realizzati dalle Comunità e dal territorio Valle dell'Adige.

Obiettivi e applicazione per la disabilità

La revisione del Catalogo ha assunto un approccio di accompagnamento alle persone con disabilità attraverso un sistema di sostegni diversificato, finalizzato a garantire processi di assistenza e sostegno all'inclusione sociale e lavorativa in funzione delle prospettive e delle necessità che possono caratterizzare ciascuna persona residente in Trentino.

Tale prospettiva si colloca nel più ampio processo di riforma che riguarda la disabilità, a partire dalla recente legge delega nazionale n. 227/2021 che prefigura, attraverso i decreti attuativi in via di definizione, una modifica sostanziale negli approcci culturali e operativi che caratterizzano il sistema di interventi in favore delle persone con disabilità. Il richiamo ai principi stabiliti dalla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, in particolare i riferimenti espliciti all'autodeterminazione e alla non discriminazione, guideranno un ridisegno generale sia dei sistemi valutativi e di certificazione della disabilità, sia una più allargata riqualificazione dei servizi in materia di inclusione e accessibilità. Diverse Regioni hanno iniziato ad adeguare i propri sistemi di regolazione, promuovendo il ruolo attivo delle persone con disabilità/loro caregiver nella definizione dei processi di scelta che contribuiscono a definire i percorsi di vita e sviluppando strumenti che favoriscono una maggiore flessibilità nella costruzione di risposte personalizzate e coerenti con le caratteristiche e le prospettive delle persone (strumenti per la valutazione della qualità di vita, budget di salute, progetti di vita, ecc).

Questi cambiamenti si innestano inoltre nell'attuale sistema di offerta di servizi residenziali e semiresidenziali presenti nelle Comunità trentine e richiedono l'adozione di significative modifiche nel sistema di regolazione provinciale e locale, orientate a:

- maggiore riconoscimento di un ruolo attivo delle persone con disabilità e dei loro caregiver nella definizione del proprio percorso di vita e nella scelta dei sostegni necessari al proprio benessere;
- progressiva riduzione delle disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi;
- orientamento dei servizi alle finalità perseguite in favore delle persone con disabilità secondo la classificazione prevista nel Catalogo;
- adeguamento del sistema di finanziamento ai suddetti principi secondo le modalità disciplinate nel presente documento.

A tal fine, sulla base del percorso metodologico e degli assunti descritti di seguito, nello svolgimento della propria funzione di indirizzo e coordinamento la Provincia ha acquisito, con la collaborazione delle Comunità di Valle e dei Soggetti gestori dei servizi, strumenti e informazioni utili a riconfigurare il sistema di tariffazione dei servizi rivolti alle persone con disabilità, in relazione alla tipologia di offerta. Tali informazioni riguardano sia le caratteristiche e i bisogni delle persone con disabilità oggi fruitori dei servizi territoriali, acquisite tramite l'introduzione di uno strumento di valutazione multidimensionale validato (Support Intensity Scale - si veda il paragrafo sulle analisi SIS), sia le caratteristiche e gli standard di offerta dei servizi stessi, acquisiti mediante una rilevazione ad hoc e interviste strutturate presso tutti i Soggetti gestori operanti nel territorio provinciale (si veda il capitolo sui modelli organizzativi e di offerta).

Questo percorso ha portato alla definizione di un quadro organico che consente alle Comunità di Valle di definire il sistema di finanziamento locale e di rivedere il sistema di definizione del costo dei servizi rivolti alle persone con disabilità, partendo dai seguenti presupposti:

- lo spostamento del sistema di tariffazione dall'offerta (rette definite per soggetto gestore) alla domanda (retta definita in funzione dell'intensità dei sostegni alla persona con disabilità);
- l'esplicitazione, a partire dalle analisi dei costi dei servizi, di una tariffa/quota base (di seguito anche "retta") attribuita a ciascuna persona con disabilità in ingresso/accolta nei servizi residenziali e semiresidenziali;
- la definizione dei criteri che consentono una riduzione o una maggiorazione di tale retta in funzione dell'intensità dei sostegni alla persona con disabilità e delle finalità perseguite con l'attivazione del sostegno.

L'auspicio è che tali modifiche possano concorrere ad aumentare il livello qualitativo dell'offerta con una maggiore capacità di personalizzazione dei sostegni, in funzione dei profili e delle caratteristiche delle persone con disabilità, e una maggiore omogeneità territoriale negli standard garantiti.

Metodo di lavoro

Anche per gli approfondimenti condotti sui servizi per persone con disabilità è stata applicata in linea generale la metodologia per la determinazione del costo dei servizi socio-assistenziali contenuta nella deliberazione della Giunta provinciale n. 347 dell'11 marzo 2022, ma con delle azioni specifiche. Di seguito è rappresentata la mappa del percorso.



Figura 1 - La mappa del percorso

Per l'analisi economica e l'approfondimento sui bilanci è stato predisposto un questionario per la rilevazione delle voci di costo e di ricavo relative agli anni 2019 e 2020 per ogni unità operativa. Sono state condotte delle analisi allo scopo di delineare un quadro della situazione economica delle organizzazioni che attualmente operano sul territorio trentino.

Il focus territoriale e lo studio dei modelli organizzativi sono stati realizzati attraverso degli incontri con gli enti gestori di servizi residenziali e di servizi semiresidenziali.

Per quanto riguarda la rilevazione dei profili di intensità assistenziale delle persone attualmente accolte presso i servizi residenziali e semiresidenziali, il processo di scelta dello strumento è avvenuto con la comparazione degli strumenti maggiormente utilizzati in letteratura, la scelta è ricaduta sulla Support Intensity Scale (SIS), una scala di valutazione dei bisogni di sostegno creata sull'assunto che una diretta misurazione dei bisogni di sostegno può fornire informazioni più specifiche e utili sia per le équipe di progettazione sia per coloro che operano nella gestione di sistema tentando di determinare il modo migliore per sostenere un soggetto negli ambienti comunitari. Una volta scelto lo strumento sono state realizzate delle giornate di formazione destinate ad assistenti sociali dei territori ed ad operatori degli enti gestori. Nello specifico, la formazione (15 ore in totale) ha visto l'intervento del coautore dell'adattamento italiano della SIS (dott. Mauro Leoni) con una parte frontale ed una laboratoriale con studio di casi, applicazioni e follow-up; in fase di compilazione, è

stato garantito anche il supporto tecnico da parte del dott. Tiziano Gomiero in qualità di esperto nella somministrazione dei questionari.

L'avvio della fase di somministrazione a cura dei servizi sociali territoriali in collaborazione con i soggetti gestori è partita dalle persone accolte nei servizi residenziali e poi si è estesa ai semiresidenziali. Alcune organizzazioni (Anffas, Villa Maria e Laboratorio Sociale) utilizzavano già questo strumento per la progettazione degli interventi; in gran parte di questi casi i servizi sociali territoriali hanno preso visione delle compilazioni ed inviato a Provincia e Fondazione Demarchi il protocollo validato. I protocolli, dunque, sono stati raccolti in diversi modi: principalmente attraverso la compilazione di un modulo online effettuata dai servizi sociali territoriali, in alcuni casi sono stati inviati i protocolli cartacei e quindi sono stati inseriti manualmente, in altri casi sono arrivati in file dagli enti gestori che già utilizzavano la scheda SIS. Dopo l'integrazione delle diverse fonti e la costruzione del database sono state condotte le prime analisi ed è stato organizzato un momento di confronto con il dott. Mauro Leoni sulla lettura ed interpretazione dei dati. Gli esiti delle analisi, di seguito presentati, sono stati integrati con gli elementi emersi dall'analisi economica e dal focus territoriale permettendo la definizione del modello presentato in questo documento. Nella figura sotto è rappresentato il percorso metodologico.

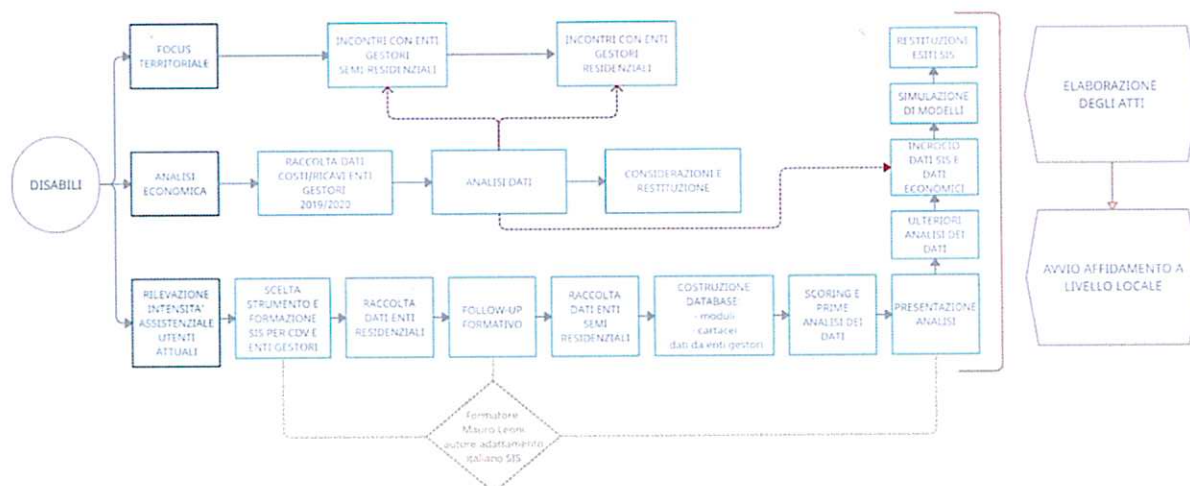


Figura 2 - Percorso metodologico per l'area relativa ai servizi per persone con disabilità

Comparazione con le altre regioni

La valutazione della disabilità

Nel panorama nazionale, si sono affermati diversi sistemi di valutazione del grado di disabilità finalizzati all'inserimento delle persone nei servizi del territorio. Si riportano di seguito alcuni esempi dei sistemi di valutazione utilizzati, sia basati su scale di valutazione ormai affermate a livello internazionale (come la Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute – ICF), sia strumenti che cercano di superare un'ottica di valutazione basata sul funzionamento della persona seguendo un approccio di valutazione della qualità della vita in senso più ampio.

La Regione Piemonte, con Bollettino Ufficiale n. 28 del 09/07/2020, ha istituito un sistema di valutazione unico della disabilità sul territorio regionale. L'obiettivo è quello di proporre una valutazione integrata sociale e sanitaria della disabilità, come base per la definizione dei progetti residenziali, semiresidenziali, domiciliari e di educativa territoriale. La scheda di valutazione è divisa in due diverse cartelle – una per adulti e una per minori – e fornisce una misura della gravità della disabilità su tre livelli di intensità (bassa, media, alta). La valutazione segue un approccio multidimensionale secondo la logica della Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF). Oltre a considerare aspetti sanitari, la scheda include infatti anche una valutazione di aspetti sociali, quali le condizioni abitative (condizioni igieniche, valutazione dell'ambiente di vita, riscaldamento, presenza di barriere architettoniche); le condizioni economiche sulla base dell'ISEE; le condizioni assistenziali (cura della propria persona, vita domestica, condizione lavorativa, vita sociale, civile e di comunità), le condizioni familiari/di rete. In quest'ultimo caso, se la persona è convivente, la valutazione comprende anche il livello di affaticamento del caregiver e un esame delle dinamiche relazionali interne al nucleo familiare. Se invece la persona vive da sola, la scheda comprende una valutazione della rete familiare non convivente su cui la persona con disabilità può fare affidamento.

Un esempio simile a quello adottato in Regione Piemonte è la scheda S.Va.M.Di utilizzata in Veneto. La scheda valuta la situazione sanitaria della persona (diagnosi e stato di salute generale), il grado di funzionamento e disabilità (funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione – fattori ambientali, fattori personali) e gli aspetti sociali (certificazioni, situazione familiare, situazione abitativa, situazione economica), al fine di definire un progetto individuale. In particolare, la scheda – anche in questo caso basata sul sistema ICF – si fonda sulla distinzione tra profilo di gravità della persona, definito come il livello di autonomia della persona indipendentemente dai supporti o dalle barriere presenti nel contesto di vita, e profilo di funzionamento, cioè il livello di funzionamento dato dalla combinazione tra le capacità della persona e i supporti o le barriere presenti nell'ambiente di vita.

Come anticipato, in letteratura si stanno però affermando sistemi di valutazione basati sulla qualità della vita della persona con disabilità, abbandonando la logica dell'ICF meramente basata sul livello di funzionamento del singolo. È il caso, ad esempio, di BASIQ (Batteria di Strumenti per l'Indagine della Qualità di Vita), traduzione e adattamento italiani del Quality of Life Instrument Package (QoL-IP) del Centro per la Salute Pubblica dell'Università di Toronto. Questo strumento si basa su una valutazione della Qualità della Vita Generica della persona con disabilità, e quindi di tutti gli aspetti considerati di valore per la vita umana, indipendentemente dalla presenza di una condizione di disabilità. L'obiettivo è quello di valutare, per ciascun aspetto incluso nella batteria, il rapporto tra il grado di importanza attribuito dalla persona e il livello di soddisfazione relativi a quell'area di vita. La batteria si basa su auto ed etero valutazioni ed è costituita da tre diversi questionari: un'intervista

diretta alla persona (nei casi in cui sia possibile), un questionario rivolto ad un buon conoscitore della persona (caregiver, operatore socio-assistenziale, ecc.) ed un questionario per il valutatore esterno (medico di medicina generale, medico specialista, amministratore di sostegno, ecc.). Le aree valutate riguardano la dimensione dell'essere (fisico, psicologico, spirituale), dell'appartenere (fisico, sociale, alla comunità), del divenire (pratico, tempo dedicato a sé, crescita personale). Questi aspetti sono valutati sotto quattro dimensioni: l'importanza attribuita dall'individuo a quell'area, la soddisfazione percepita, la partecipazione decisionale, le opportunità a disposizione del singolo.

Un progetto simile è quello delle matrici ecologiche e dei sostegni di ANFFAS, uno strumento utilizzato per la valutazione, la programmazione e la gestione dei progetti per le persone con disabilità. L'obiettivo è quello di costruire progetti che tengano in considerazione i desideri e le aspettative della persona e della sua famiglia, in un'ottica di miglioramento della Qualità di Vita. Lo strumento si basa sul monitoraggio continuo di aspetti legati a: la valutazione multidimensionale del singolo attraverso strumenti validati e riconosciuti a livello internazionale (Support Intensity Scale – SIS, ICF, intervista sui desideri ed aspettative); i sostegni formali e informali a disposizione della persona; il lavoro di rete e community care; gli obiettivi di sostegno; il budget analitico di progetto (o di vita, o di salute).

Negli ultimi due strumenti presentati, quindi, la persona con disabilità assume un ruolo centrale nel definire il proprio progetto di vita, sulla base dei propri desideri e delle proprie aspettative.

Il finanziamento dei servizi per la disabilità

Il confronto con le esperienze delle altre regioni ha fatto emergere come nel panorama italiano si stia assistendo ad una fase di transizione nell'ambito dei servizi per la disabilità. Mentre, infatti, alcune regioni sono ancora orientate verso sistemi «tradizionali» di gestione dei servizi per la disabilità, altre regioni stanno sperimentando percorsi alternativi. Riportiamo di seguito tre casi emblematici per rappresentare questa transizione: Emilia-Romagna e Veneto, per i sistemi tradizionali, e la regione Friuli Venezia Giulia per un esempio di percorso alternativo.

L'Emilia-Romagna, con la dgr. 273 del 2016, si è prefissata di definire parametri regionali omogenei per la determinazione del sistema di remunerazione dei servizi per la disabilità, attraverso un sistema di tariffe adeguate in base al livello dei bisogni socio assistenziali delle persone con disabilità. La scelta della Regione è stata quella di identificare diversi livelli di bisogni e distinguere di conseguenza le tariffe. La Regione divide i bisogni socio assistenziali delle persone con disabilità in moderato, severo, e completo, ma sono previste ulteriori variazioni in caso di bisogni socio assistenziali ed educativi lievi (per i quali il costo associato al livello moderato va ridotto del 20%) e bisogni particolarmente complessi (per i quali il costo del livello completo viene aumentato del 35-40%). In totale, sono quindi previsti di fatto 5 diversi livelli di bisogni socio-assistenziali.

Le tabelle che seguono mostrano i costi relativi ad una tipologia di centro residenziale e di centro diurno per le tre categorie di bisogni centrali (moderato, severo, completo). Come si può notare, c'è un incremento di circa il 25%-27% tra un livello e quello successivo nel caso del residenziale, e di circa il 30%-33% nel caso del semiresidenziale.

Tabella 1: servizi residenziali Emilia Romagna

CSRR -Costo per giornata di accoglienza in Centro Socio Riabilitativo Residenziale

Livello Assistenziale	Costo di riferimento regionale sociale e sociosanitario
Livello MODERATO	€ 103,3
Livello SEVERO	€ 131,8
Livello COMPLETO	€ 164,8

Tabella 2: servizi semi residenziali Emilia Romagna**CSRD -Costo per giornata di accoglienza in Centro Socio Riabilitativo Diurno**

Livello Assistenziale	Costo di riferimento regionale sociale e socio sanitario
Livello MODERATO	€ 66,70
Livello SEVERO	€ 88,00
Livello COMPLETO	€ 115,30

Se la persona è accolta in più servizi (ad esempio, servizio residenziale e centro diurno), è prevista una riduzione dei costi del servizio residenziale fino ad un massimo del 30%. Il costo varia inoltre in base alla presenza di personale in numero inferiore o superiore a quello previsto o all'apertura del centro inferiore o superiore rispetto a quanto previsto.

Il Veneto, con la dgr n. 740 del 14 maggio 2015, ha scelto di seguire una strada simile, concentrandosi sui Centri Diurni per persone con disabilità. Sulla base di un'analisi dei costi di questi centri, ha deciso di proporre delle rette basate su tre livelli di bisogno abilitativo-assistenziale: alto, medio e basso.

La procedura per la determinazione delle rette si è basata su una serie di passaggi. A partire dall'analisi dei bilanci consuntivi di 100 Centri diurni del territorio, i dati di costo sono stati correlati, per ciascun Centro diurno, al numero dei posti e al numero medio di giornate di funzionamento (rilevato in 227 giorni). Sono state poi determinate le percentuali di rilievo economico riferite alle singole voci della produzione. Utilizzando tali informazioni percentuali, con riferimento alla consistenza della percentuale di costo del personale (pari al 63,51% del totale, come si nota dalla tabelle che segue), è stato effettuato un ribaltamento per definire il costo totale di gestione delle strutture. Tali costi sono stati applicati ai requisiti minimi organizzativi contribuendo così a definire il valore totale della retta (comprensiva di eventuale IVA agevolata con aliquota al 4%). La quota di rilievo sanitario viene determinata in misura massima al 67,5% di tale valore.

Tabella 3: suddivisione tra le voci di costo in Veneto

Id	Voce della produzione	Percentuale media
1	TOTALE COSTO DEL PERSONALE E COSTI COLLEGATI	63,51%
2	TOTALE COSTO UTENZE	2,74%
3	COSTO VITTO	6,12%
4	COSTO PULIZIE	3,35%
5	COSTO STRUTTURA	4,08%
6	COSTI ASSICURAZIONI	1,32%
7	COSTO TRASPORTI	13,41%
8	COSTI DELLE ATTIVITÀ SOCIO-EDUCATIVE ORDINARIE	2,08%
9	COSTO IMPOSTE	1,83%
10	COSTI GENERALI (MATERIALE PER ATTIVITÀ)	1,56%
	TOTALE	100,00%

Come anticipato, sono stati identificati tre livelli di bisogno, con un aumento del 36% tra il terzo e il secondo livello e del 46% tra il secondo e il primo livello di gravità.

Tabella 4: incidenza della quota sanitaria

	Retta totale (100%)	Quota di rilievo sanitario (67,5%)
Basso (3° livello)	€ 61,00	€ 41,18
Medio (2° livello)	€ 83,50	€ 56,36
Alto (1° livello)	€ 121,00	€ 81,68

Mentre gli approcci seguiti da Veneto ed Emilia-Romagna sono simili, dal 2020, la regione Friuli Venezia Giulia ha deciso di operare una graduale transizione da servizi basati su un approccio "tradizionale" centrato sui servizi=strutture, a esperienze basate sulla personalizzazione della risposta e lo sviluppo integrale della persona. Nella pratica, si tratta di un passaggio dal finanziamento di strutture al finanziamento di percorsi.

Con Decreto n. 1050/2017, la Regione ha adottato in via sperimentale lo strumento di valutazione Q-VAD (Questionario sulle Condizioni di Vita della persona adulta con Disabilità). Lo strumento adotta un'ottica multifattoriale, che mira al superamento dell'approccio centrato sul deficit e la diagnosi. È inoltre impostato su una formulazione in prima persona, per sottolineare che il protagonista della rilevazione è la persona con disabilità e il suo punto di vista. La rilevazione si basa su tre macro fattori: i sostegni al funzionamento, la qualità di vita e le opportunità di vita.

Lo strumento è stato testato nel 2017-2018 nelle strutture semiresidenziali e residenziali della regione. Sulla base della rilevazione, sono emerse una serie di problematiche riportate nell'allegato 1 alla delibera: «frammentazione delle risposte; focus sulle strutture piuttosto che sui percorsi di vita; approccio prevalentemente assistenziale e tutelare, piuttosto che riabilitativo e inclusivo; mancanza di linguaggi condivisi e di una cultura dell'assessment orientata alla progettazione; permanere di modelli centrati sulla tutela professionale e sull'iper-specializzazione che rischiano di favorire la decapacitazione dei contesti e la passivizzazione della persona» (p. 4).

Sulla base delle problematiche individuate, la Regione ha quindi invitato i diversi enti coinvolti nell'erogazione di servizi per la disabilità a presentare progetti innovativi che sappiano rispondere a queste criticità. Per quanto non siano presenti disposizioni precise, sono stati delineati alcuni obiettivi specifici che i nuovi progetti per la disabilità devono perseguire:

- Assicurare alle persone con disabilità il miglior progetto di vita possibile;
- Ragionare in termini di integrazione sociosanitaria;
- Garantire spazi di autodeterminazione della persona;
- Garantire l'inclusione sociale della persona in un'ottica integrata;
- Stimolare la partecipazione delle famiglie, delle organizzazioni rappresentative e della comunità alla progettazione e realizzazione dei percorsi;
- Definire dei budget personali di progetto.

Si tratta quindi di un tentativo di passaggio da una prospettiva basata sul livello di funzionamento del singolo a una valutazione della qualità della vita della persona con disabilità nel suo complesso.

Analisi dei costi e ricavi

In questa sezione, si riportano i principali risultati derivanti dall'analisi svolta sui costi e i ricavi delle organizzazioni che offrono servizi per la disabilità sul territorio della Provincia Autonoma di Trento. Come specificato nella sezione metodologica, è stato predisposto un questionario per la rilevazione delle voci di costo e di ricavo relative agli anni 2019 e 2020 per ogni unità operativa. A partire dai dati raccolti, sono state svolte alcune analisi finalizzate a delineare un quadro della situazione economica delle organizzazioni che attualmente operano sul territorio trentino.

L'approfondimento ha riguardato le tipologie di classificazione in vigore prima dell'approvazione dell'attuale Catalogo, che prevedevano i seguenti servizi residenziali e semiresidenziali: Comunità alloggio, Centri socio-educativi, Centri occupazionali per disabili, Laboratori per i prerequisiti lavorativi per disabili. Ciò in virtù della disponibilità di dati articolati sulle differenti tipologie, che in ogni caso restituisce ai fini del presente lavoro una maggiore declinazione dei risultati e dei livelli di differenziazione.

L'analisi è stata condotta sui dati delle 14 organizzazioni che offrono servizi per persone con disabilità con modalità di affidamento a retta, sul territorio della PAT: Amalia Guardini S.C.S. ONLUS, Associazione Iris, C.S.4 Società Cooperativa Sociale ONLUS, Eliodoro Società Cooperativa Sociale ONLUS, G.S.H. Cooperativa Sociale ONLUS, Grazie alla Vita, Il Ponte S.C.S., Incontra S.C.S., La Magica Fattoria di Sfruz ONLUS, Cooperativa Laboratorio Sociale, Spazio Libero, Cooperativa Sociale ITER, ANFFAS Trentino ONLUS, Cooperativa Sociale Villa Maria. I dati sono disponibili per ogni sede operativa delle organizzazioni, ad eccezione di ANFFAS per cui si è convenuto di analizzare un campione di 20 sedi.

I dati analizzati riguardano: 24 Comunità alloggio, 26 Centri socio-educativi, 22 Centri occupazionali per disabili, 5 Laboratori per l'acquisizione dei pre-requisiti lavorativi per disabili.

La tabella che segue riporta le organizzazioni presenti e la loro distribuzione territoriale. I valori riportati nella tabella non corrispondono ai numeri forniti sopra in merito alle strutture comprese nell'analisi dei costi e dei ricavi, in quanto non erano disponibili i dati su tutte le unità operative.

Tabella 5: organizzazioni che gestiscono servizi residenziali e distribuzione territoriale

Organizzazione	Territorio sede della struttura	numero
ANFFAS TRENTINO ONLUS	COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO	1
	COMUNITA' VALSUGANA E TESINO	2
	COMUNITA' VALLE DI FEMME	1
	COMUNITA' DELLE GIUDICARIE	1
	COMUNITA' DI PRIMIERO	1
	COMUNE DI TRENTO	8
	COMUN GENERAL DE FASCIA	1
CS4	COMUNITA' ALTA VALSUGANA E BERSNTOL	1
GRAZIE ALLA VITA	COMUNITA' ROTALIANA KONIGSBERG	2
GRUPPO SENSIBILIZZAZIONE HANDICAP	COMUNITA' VAL DI NON	1
INCONTRA	COMUNITA' DELLE GIUDICARIE	1
LA MAGICA FATTORIA	COMUNITA' VAL DI NON	1
LABORATORIO SOCIALE	COMUNITA' ALTA VALSUGANA E BERSNTOL	2
	COMUNE DI TRENTO	1
VILLA MARIA	COMUNE DI ROVERETO	7
Totale		31

Tabella 6: organizzazioni che gestiscono servizi semiresidenziali e distribuzione territoriale

Organizzazione	Territorio sede della struttura	numero
AMALIA GUARDINI	COMUNE DI ROVERETO	1
ANFFAS TRENTINO ONLUS	COMUNE DI TRENTO	10
	COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO	5
	COMUNITA' VALSUGANA E TESINO	5
	COMUNITA' VALLE DI FEMME	2
	COMUN GENERAL DE FASCIA	1
	COMUNE DI ROVERETO	1
	COMUNITA' DELLE GIUDICARIE	1
	COMUNITA' DI PRIMIERO	1
	COMUNITA' VALLE DI CEMBRA	1
CS4	COMUNITA' ALTA VALSUGANA E BERSNTOL	6
	COMUNITA' VALSUGANA E TESINO	1
	COMUNE DI TRENTO	2
	COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO	2
ELIODORO	COMUNITA' ROTALIANA KONIGSBERG	1
GRAZIE ALLA VITA	COMUNITA' VAL DINON	6
GRUPPO SENSIBILIZZAZIONE HANDICAP	COMUNITA' VAL DI SOLE	2
	COMUNITA' VAL DINON	2
I.R.I.S.	COMUNITA' DELLA VALLAGARINA	1
IL PONTE	COMUNE DI ROVERETO	2
	COMUNITA' DELLE GIUDICARIE	2
INCONTRA	COMUNE DI ROVERETO	2
ITER	COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO	1
LABORATORIO SOCIALE	COMUNITA' ALTA VALSUGANA E BERSNTOL	2
	COMUNITA' VALLE DI FEMME	1
	COMUNITA' ROTALIANA KONIGSBERG	2
	COMUNITA' DI PRIMIERO	1
	COMUN GENERAL DE FASCIA	1
	COMUNITA' DELLE GIUDICARIE	1
	COMUNE DI TRENTO	3
	COMUNITA' VALLE DI FEMME	1
LE RAIS	COMUNE DI ROVERETO	4
VILLA MARIA	COMUNITA' DELLA VALLAGARINA	1
Totale		75

Le analisi si sono focalizzate su alcune dimensioni chiave per fornire una sintesi della situazione economica delle organizzazioni: l'incidenza delle tipologie di ricavo sui ricavi totali, i costi per giornata di presenza, l'incidenza delle tipologie di costo sui costi totali, un approfondimento sul costo del personale – che, come vedremo, rappresenta la voce di costo principale per questa tipologia di servizi –, il margine operativo e il risultato economico.

Si riportano di seguito le principali evidenze che emergono dai dati dell'anno 2019 al fine di fornire un quadro più accurato della situazione delle organizzazioni del territorio, in quanto i dati relativi al 2020 sono influenzati dall'avvento dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Come si può notare dalla tabella 7, i ricavi delle organizzazioni del territorio dipendono quasi esclusivamente dalle rette degli Enti locali territoriali provinciali, con un'incidenza media dei ricavi derivanti da prestazioni a persone provenienti dalla Provincia superiori al 90% per tutte le tipologie di servizi considerate. La percentuale più bassa si riscontra nei laboratori, dove in media un 7,3% dei ricavi deriva da beni o servizi erogati a privati.

Tab. 7 – Incidenza delle tipologie di ricavo sui ricavi totali per tipologia di servizio

		RICAVI derivanti da prestazioni a/f persone assistite provenienti da Provincia	RICAVI derivanti da prestazioni a/f persone assistite provenienti da fuori Provincia	RICAVI per beni o servizi erogati a privati
Comunità alloggio	Minimo	95,3%	0,0%	0,0%
	Massimo	100,0%	4,7%	3,5%
	Media	98,8%	0,7%	0,6%
Centri socio-educativi	Minimo	84,2%	0,0%	0,0%
	Massimo	100,0%	0,0%	15,8%
	Media	97,6%	0,0%	2,4%
Centri occupazionali	Minimo	85,5%	0,0%	0,0%
	Massimo	100,0%	1,0%	14,5%
	Media	94,6%	0,1%	5,3%
Laboratori	Minimo	85,6%	0,0%	2,7%
	Massimo	97,3%	0,0%	14,4%
	Media	92,7%	0,0%	7,3%

Sotto il profilo dei costi, emerge una grande variabilità del costo per giornate di presenza per tutte le tipologie di servizio, sia quando consideriamo la quota di costi diretti per giornata di presenza, sia considerando i costi totali (diretti più indiretti). Nella tabella 8 si riportano i dati del primo e del terzo quartile dei costi per giornata di presenza¹, al fine di fornire una misura più puntuale del range dei costi, eliminando gli elementi di eccessiva variabilità. Le visite presso le organizzazioni hanno messo in luce modelli organizzativi molto diversi e una differente composizione nelle tipologie di prestazioni garantite. Sulla base dell'incrocio con i dati SIS, tale diversità nei costi dei servizi è solo in parte correlata con il livello di intensità di bisogno rilevata attraverso i questionari.

Tab. 8 – I costi dei servizi per giornate di presenza. Valori in euro

		Costi diretti / giornate di presenza	Costi totali / giornate di presenza
Comunità alloggio	1° quartile	80,16	87,26
	3° quartile	140,14	156,09
Centri socio-educativi	1° quartile	89,91	98,83
	3° quartile	124,27	132,20
Centri occupazionali	1° quartile	72,87	84,42
	3° quartile	88,64	109,64
Laboratori	1° quartile	47,75	57,13
	3° quartile	85,53	95,64

Andando a scorporre le diverse tipologie di costo (tab. 9), possiamo notare come il costo del personale rappresenti la voce più rilevante, sebbene con peso diverso tra tipologie di servizio e tra organizzazioni (rappresentando tra il 55% e il 65% dei costi totali). Il costo del personale ricomprende le spese per le diverse figure professionali impiegate nell'organizzazione (figure di coordinamento,

¹ In statistica, i quartili sono quei valori che suddividono una distribuzione in quattro parti di uguale numerosità. I quartili sono indici di posizione; se ordiniamo i valori di una distribuzione in ordine crescente dal più piccolo al più grande, il primo quartile è il valore che lascia alla sua sinistra il 25% degli elementi della distribuzione, il secondo il 50%, il terzo il 75%.

personale educativo/assistenziale, personale ausiliario addetto all'assistenza di base o altri servizi, figure sanitarie, altri collaboratori esterni stabili) e costi per consulenze/servizi socio-assistenziali occasionali, i costi di supervisione, formazione e aggiornamento del personale, i costi per volontari e persone in servizio civile.

A livello di incidenza seguono poi i costi indiretti, che pesano tra il 10% e il 20% sul totale dei costi, sulla base della tipologia di servizio considerata. I costi indiretti per singola struttura e quindi poi per organizzazione sono stati calcolati sulla base dell'incidenza dei ricavi.

I costi per struttura, che ricomprendono canone di locazione annuo, quote di ammortamento, spese per utenze, condominiali e per forniture di servizi, premi polizze assicurative per l'immobile, imposte e tasse riguardanti l'immobile, oneri finanziari riguardanti l'immobile, hanno un'incidenza tra il 7% e il 12%.

Seguono poi i costi di vitto (6%-10%), di servizio – cioè i costi per l'acquisto di materiali di consumo e piccola attrezzatura legati all'attività tipica del servizio o ai bisogni specifici delle persone – (3%-5%), di gestione – premi polizze assicurative, altri costi direttamente imputabili al servizio (cancelleria, telefoniche, di ufficio, ecc.), oneri diversi di gestione/oneri straordinari/sopravvenienze, altri costi – (2%-4%), di pulizie (1%-3%), di trasporti (1%-2%).

Anche in questo caso possiamo notare una grande variabilità nell'incidenza dei fattori di costo tra le organizzazioni.

Tab. 9 – Incidenza dei fattori di costo sui costi totali, per tipologia di servizio

		Personale	Servizi o	Struttura	Gestione	Pulizie	Vitto	Trasporti	Indiretti
Comunità alloggio	Minimo	48,6%	0,7%	4,1%	0,6%	0,3%	4,4%	0,2%	2,6%
	Massimo	77,2%	4,1%	19,9%	5,4%	3,0%	11,0%	2,2%	17,5%
	Media	64,1%	2,5%	11,9%	2,1%	1,1%	7,0%	1,0%	10,4%
Centri socio-educati vi	Minimo	56,9%	0,5%	3,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	3,7%
	Massimo	73,2%	10,1%	10,9%	10,6%	3,7%	11,3%	2,3%	28,4%
	Media	64,6%	2,8%	7,2%	2,8%	2,1%	6,1%	1,2%	13,3%
Centri occupazionali	Minimo	29,4%	0,5%	3,2%	0,4%	0,3%	0,0%	0,6%	4,8%
	Massimo	78,6%	7,4%	14,6%	7,8%	3,8%	12,5%	3,2%	52,6%
	Media	55,4%	3,5%	6,8%	3,7%	1,9%	7,6%	1,6%	19,6%
Laboratori	Minimo	47,0%	0,4%	7,5%	0,4%	1,1%	6,1%	0,4%	2,5%
	Massimo	71,0%	9,4%	15,9%	9,1%	4,2%	13,0%	3,3%	17,0%
	Media	55,5%	4,8%	10,5%	3,3%	2,6%	9,5%	1,5%	12,2%

Sulla base della rilevanza del costo del personale, è stato deciso di focalizzare l'attenzione sui costi per tipologia di figure professionali. Dall'analisi dei dati raccolti tramite il questionario sui costi e sui ricavi, emerge la presenza di qualifiche molto eterogenee tra le figure professionali delle diverse organizzazioni, che mostrano chiaramente la presenza di modelli organizzativi diversi. Ad esempio, sono evidenti le diversità tra i profili del personale ed i rapporti operatori/persone con disabilità, strettamente correlati all'importo delle attuali rette. In alcune organizzazioni, inoltre, si rilevano profili di personale di tipo sanitario o dedicati all'assistenza di base, che mettono in evidenza l'offerta di sostegni afferenti anche ad ambiti ulteriori a quello socio-assistenziale (in particolare socio-sanitario).

A seguito dell'analisi, possiamo affermare che l'attuale sistema di offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità è caratterizzato dai seguenti elementi:

- disomogeneità di offerta tra organizzazioni e di conseguenza nel territorio (in termini di prestazioni garantite, profili professionali, ecc.);
- differenziazione dei soggetti gestori tra l'ambito residenziale e l'ambito semiresidenziale;
- presenza di soggetti gestori fortemente radicati territorialmente;
- presenza di modelli organizzativi differenti, legati sia al dimensionamento del soggetto gestore, sia alle scelte organizzative compiute da ciascuno nel tempo;
- sistema di tariffazione basato sulle tipologie di servizio ma slegato dall'intensità dei sostegni destinati alle persone con disabilità.

Analisi dei bisogni di sostegno (SIS)

Cosa è la Support Intensity Scale (SIS) e perchè è stata scelta

La *Supports Intensity Scale* (SIS) è uno strumento di misura dei bisogni di sostegno necessari a consentire alla persona di condividere ambienti e attività ad essa rilevanti. È creata sull'assunto che una diretta misurazione dei bisogni di sostegno può fornire informazioni più specifiche e dirette e, quindi, è molto più utile per le équipes di progettazione e per coloro che operano nella gestione del livello dei sistemi di sostegni e che tentano di determinare il modo migliore per sostenere un soggetto negli ambienti comunitari. Infatti, la SIS fornisce informazioni che possono aiutare le équipes di progettazione degli interventi, gli enti e le organizzazioni a comprendere i bisogni di sostegno delle persone con disabilità intellettive (ovvero, ritardo mentale) e disabilità dello sviluppo strettamente correlate. Comprende tre sezioni:

1. **La sezione 1**, Scala dei bisogni di sostegno, comprende 49 attività di vita raggruppate in sei subscale di sostegno: A: Attività relative alla vita nell'ambiente domestico, B: Attività relative alla vita nella comunità (territorio), C: Attività di apprendimento nel corso della vita, D: Attività relative all'occupazione, E: Attività relative alla salute e alla sicurezza, F: Attività sociali.
2. **La sezione 2**, una sottosezione supplementare, comprende otto item correlati alle attività di protezione e tutela.
3. **La sezione 3**, Bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale, comprende 15 condizioni mediche e 12 problemi comportamentali che in genere richiedono livelli di sostegno consistenti, indipendentemente dai bisogni di sostegno del soggetto in altri ambiti di attività di vita.

Importanti note di lettura e interpretazione dei dati

La sezione 2 contiene una scala supplementare di protezione e tutela legale che non viene utilizzata ai fini del calcolo dell'Indice dei bisogni di sostegno, per tale ragione non verrà trattata nel presente documento. Ai fini del presente documento verranno trattate le sezioni 1 e 3: la sezione 1 contiene la scala dei bisogni di sostegno utile al fine di ottenere il profilo dei bisogni di sostegno (nei sei domini di vita) e l'Indice dei bisogni di sostegno; la sezione 3 identifica i bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale.

Nel dettaglio, è possibile determinare due tipi di indici dei bisogni di sostegno relativi alla **sezione 1**:

1) **I punteggi standard** che sono elaborati per ciascuna delle sei subscale di attività nella Sezione 1. Nel loro insieme i punteggi standard delle subscale forniscono un profilo dei bisogni di sostegno di un soggetto. I punteggi standard (con media = 100 e deviazione standard = 15), per facilità di lettura possono essere trasformati in punteggi percentili, misura statistica della posizione, dividendo la distribuzione ordinata dei dati in cento parti uguali.

2) **Indice composito standard - ICS** (o punteggio standard composito): un indice dei bisogni di sostegno che viene calcolato sulla base dei punteggi derivati dalle sei subscale e fornisce una indicazione globale dell'intensità dei bisogni di sostegno propri di un soggetto (con media = 100 e deviazione standard = 15). Lo stesso indice può essere trasformato in percentile.

La **sezione 3** relativa ai bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale consente l'utilizzo di due indici sintetici:

- 1) Totale **maggiore di 5**: presenza di elevati bisogni di sostegno di tipo medico e/o comportamentale;
- 2) Presenza di **almeno un valore 2**: presenza di almeno un bisogno di sostegno estensivo di tipo medico e/o comportamentale.

In presenza di questi due indici sintetici è altamente probabile che la persona abbia bisogni di sostegno maggiore di altri a parità di indice dei bisogni di sostegno SIS. È di importanza cruciale considerare questi bisogni di natura non ordinaria in un piano di sostegni personalizzato correlato con l'incremento della spesa.

Analisi descrittive su utenti e servizi

Sono state analizzate 918 compilazioni SIS su 966 persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e/o semiresidenziali nella primavera del 2022, ci si riferisce quindi al 95% delle persone con disabilità accolte in servizi residenziali e/o semiresidenziali della Provincia Autonoma di Trento. In riferimento alla distribuzione delle persone con disabilità accolte nei servizi, il 69,8% usufruisce di un servizio solo semiresidenziale, il 2,6% di un servizio solo residenziale, il 22,7% invece usufruisce di entrambi i servizi (5% missing). I soggetti gestori dei servizi residenziali che accolgono una percentuale maggiore di persone con disabilità sul totale sono: ANFFAS (48,4%), Villa Maria (25,4%) e Laboratorio Sociale (13,9%). I soggetti gestori dei servizi semiresidenziali che accolgono una percentuale maggiore di persone con disabilità sul totale sono: ANFFAS (26,8%), Laboratorio sociale (19,1%) e C.S.4 (13,9%).

Nella tabella seguente vengono riportate le principali statistiche descrittive in relazione all'età complessiva e suddivisa per servizio usufruito. L'età media delle persone accolte nei servizi è di 40,2 anni (d.s.=14,6), con un minimo di 16 anni e un massimo di 81. In riferimento alle specifiche statistiche in tabella, notiamo come l'età media più elevata sia delle persone che frequentano solo un servizio residenziale (M=59,3), mentre la più bassa è delle persone che frequentano solo un servizio semiresidenziale (M=37,2).

Tab. 10 – Principali statistiche descrittive sull'età delle persone accolte, suddivise per servizio.

SERVIZIO	N.	ETA' MEDIA	DEV. STD.	MINIMO	MASSIMO
Solo Residenziale	25	59,3	13,6	32	78
Residenziale e Semiresidenziale	219	49,2	13,1	16	81
Solo Semiresidenziale	674	37,2	13,1	16	72
Totale	918	40,2	14,6	16	81

Andando più nello specifico, diversi studi sull'età cronologica rilevano l'importanza della soddisfazione dei bisogni appropriati all'età e quindi di porre attenzione sull'offerta dei sostegni in ambienti adatti all'età. A questo proposito è stato condotto un approfondimento sulle strutture residenziali attraverso un'analisi della varianza² allo scopo di indagare le differenze di età, le analisi evidenziano una differenza statisticamente significativa ovvero l'età media delle persone accolte nelle

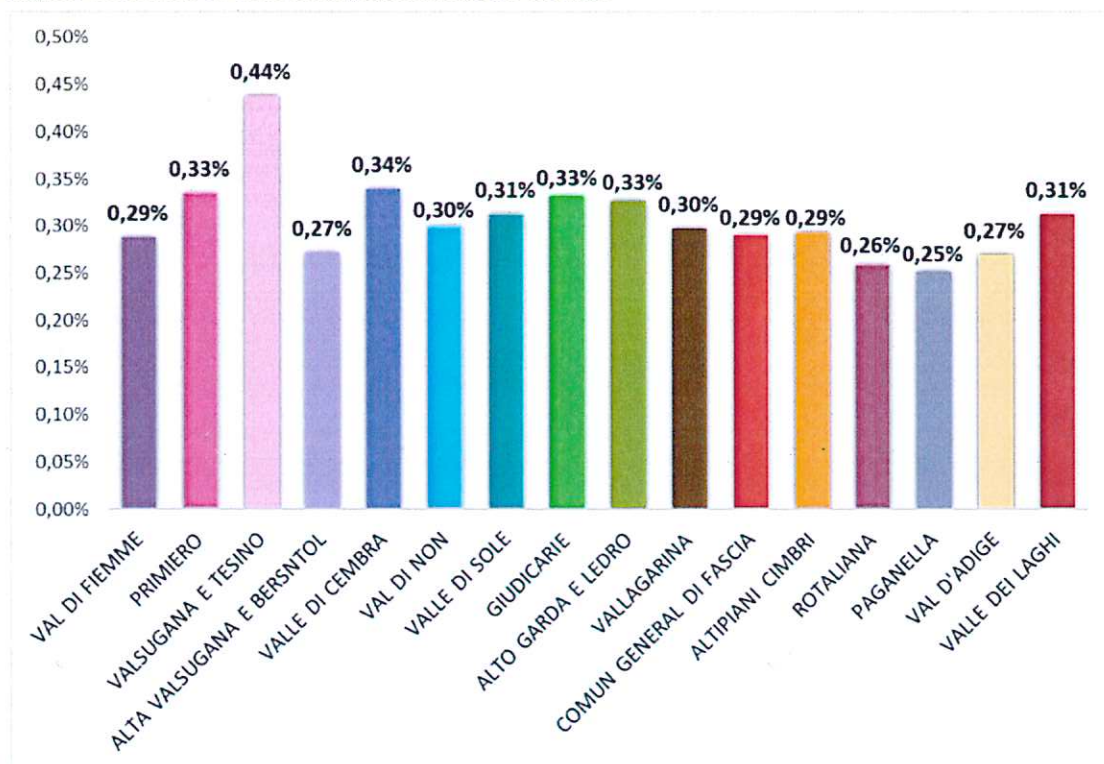
² ANOVA: F=6,27; p=.002

strutture di Villa Maria (56 anni) è significativamente più elevata rispetto a quella rilevata in Anffas (50 anni) e nelle strutture degli altri soggetti gestori (47 anni). In altre parole, la differenza nell'età media delle persone accolte dai diversi soggetti gestori di servizi residenziali non è dovuta al caso, le persone accolte nei servizi residenziali di Villa Maria hanno un'età cronologica significativamente più elevata delle altre persone accolte negli altri servizi residenziali. Il dato è parzialmente spiegato con il fatto che Villa Maria ha attivato due strutture residenziali della tipologia 4.4 - Comunità integrata, presso le quali sono accolte persone con età avanzata che non riescono più a sostenere la doppia frequenza, ma con intensità di supporto tale da poter essere garantita in un contesto di tipo familiare in ambito socio assistenziale.

Si è voluta indagare l'incidenza percentuale delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali nelle singole Comunità di Valle sulla popolazione di riferimento compresa tra i 18 e i 64 anni. L'incidenza media in tutta la Provincia Autonoma di Trento è di 0,31%, l'istogramma sottostante ci mostra l'incidenza per ogni Comunità di Valle. Notiamo che l'incidenza più alta si trova nella Comunità Valsugana e Tesino (0,44%), insieme alla Comunità Valle di Cembra (0,34%) e alle Comunità di Primiero, Giudicarie e Alto Garda e Ledro, che presentano tutte e tre un'incidenza dello 0,33%. Possiamo inoltre notare come la Comunità della Paganella riporta l'incidenza percentuale più bassa di persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali sulla popolazione di riferimento 18-64 anni, pari allo 0,25%.

Posto che l'incidenza delle persone con disabilità sui territori non ha una variabilità così ampia, sarà necessario approfondire se tali differenze sono condizionate dalla presenza di persone con lunga permanenza nei servizi o da altri fattori.

Graf. 1 – Incidenza percentuale delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali nelle singole Comunità di Valle sulla popolazione 18-64 anni

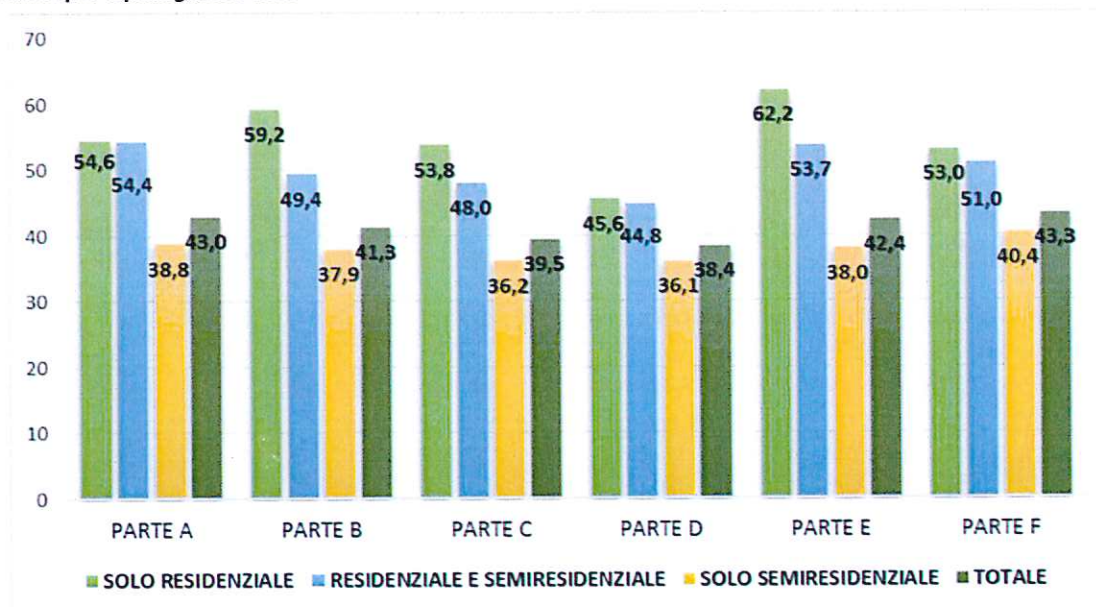


Analisi della sezione 1: Bisogni di sostegno

In tutte le sei subscale i bisogni di sostegno maggiori sono stati rilevati nelle persone accolte solo nei servizi residenziali, seguite dalle persone accolte in entrambi i servizi con punteggi leggermente inferiori, mentre le persone accolte solo in servizi semiresidenziali presentano bisogni di sostegno significativamente più bassi. In generale, i punteggi più elevati sono stati riscontrati nella parte F ($M=43,3$), relativa alle attività sociali, nella parte A ($M=43,0$), relativa alle attività della vita nell'ambiente domestico, e nella parte E ($M=42,4$), relativa alle attività sulla salute e sicurezza. Quest'ultima subscale è anche quella in cui sono emersi i bisogni di sostegno maggiori per le persone con disabilità accolte solo nel servizio residenziale ($M=62,2$). La parte A relativa alle attività della vita nell'ambiente domestico, invece, presenta il punteggio medio più elevato e si rileva nelle persone accolte in entrambi i servizi ($M=54,4$), mentre il punteggio più elevato per persone accolte solo in servizi semiresidenziali è quello relativo alla parte F attività sociali.

I punteggi più bassi sono invece tutti associati alla parte D, relativa alle attività sull'occupazione, sia sul totale ($M=38,4$), sia in relazione a ciascuno dei servizi usufruiti (solo residenziale $M=45,6$; entrambi i servizi $M=44,8$; solo residenziale $M=36,1$).

Graf. 2 – Valori medi dei percentili dei risultati emersi dalle sei subscale della Sezione 1 della SIS, divisi per tipologia servizio



Per sintetizzare il livello di bisogni di sostegno relativo alla sezione 1 della SIS, lo strumento propone un indice detto **Indice composito standard** (o punteggio standard composito): è un indice complessivo dei bisogni di sostegno che viene calcolato sulla base dei punteggi derivati dalle sei subscale e fornisce una indicazione globale dell'intensità dei bisogni di sostegno propri di un soggetto. Lo stesso indice può essere trasformato in percentile. Nella tabella che segue sono riportate le statistiche per l'indice composito espresso in percentile.

Tab. 11 – Principali statistiche descrittive dei percentili dell'indice composito standard della Sezione 1 della SIS, divise per tipologia di servizio

SEZIONE 1	SERVIZIO	N.	MEDIA
PERCENTILI INDICE COMPOSITO STANDARD	SOLO RES.	25	53,2
	SOLO SEMI.	674	36,4
	RES. E SEMI.	219	47,9
	TOTALE	918	39,6

Analisi della sezione 3: Bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale

Di seguito verranno riportati 3 indicatori: prima i **punteggi medi complessivi**, la **presenza di almeno un bisogno estensivo** (presenza di almeno un punteggio 2 quindi almeno un bisogno estensivo) e la **presenza di un elevato bisogno di sostegno** (presenza di un punteggio complessivo maggiore di 5).

Sezione 3A - Bisogni non ordinari di tipo medico

Per una panoramica generale la tabella seguente ci mostra le principali statistiche descrittive dei risultati emersi da questa sezione, divisi per servizio. Se in generale abbiamo una media di bisogni di sostegno medico di 1,4, notiamo che per le persone accolte sia nel residenziale che nel semiresidenziale troviamo il valore medio più elevato (M=1,7), seguito dal valore medio per persone accolte solo nel residenziale (M=1,5), mentre il valore medio più basso lo troviamo per le persone accolte solo nel semiresidenziale (M=1,3).

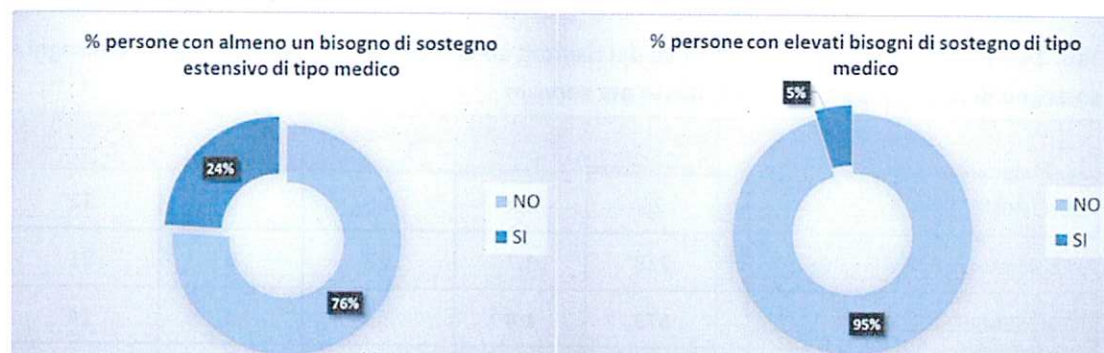
Tab. 12 – Principali statistiche descrittive dei risultati emersi dalla Sezione 3A della SIS sui bisogni di sostegno di tipo medico, divise per servizio usufruito (minimo teorico 0; massimo teorico 32)

SERVIZIO	N.	MEDIA	DEV. STD.	MINIMO	MASSIMO
SOLO RESIDENZIALE	25	1,5	2,9	0	14
RES. E SEMI.	218	1,7	2,0	0	11
SOLO SEMIRESIDENZIALE	674	1,3	2,1	0	21
TOTALE	917*	1,4	2,1	0	21

(*1 dato mancante)

Gli altri due indicatori forniti dallo strumento rispetto ai bisogni non ordinari di tipo medico sono quindi la presenza di almeno un bisogno estensivo (presenza di almeno un 2) e l'elevato bisogno di sostegno (maggiore di 5). Nei grafici sottostanti è rappresentata la percentuale di persone con almeno un bisogno di tipo estensivo (24%) e la percentuale di persone con elevati bisogni di sostegno di tipo medico (5%).

Graf. 3 - % di persone accolte nei servizi con almeno un bisogno di tipo estensivo e con elevati bisogni di sostegno di tipo medico



In funzione del modello, si è voluto indagare la **possibile sovrapposizione** tra la presenza di almeno un bisogno estensivo medico (almeno un valore 2) ed un elevato bisogno di sostegno (punteggio maggiore di 5). Complessivamente, i casi in cui si rilevano entrambi gli indicatori relativi ai bisogni

non ordinari di tipo medico sono 44 su 917 (4,8%), i casi in cui si rileva solo l'indicatore del valore 2, quindi è presente almeno un bisogno estensivo di tipo medico sono 177 su 917 (19,3%) e i casi in cui si rileva solo l'indicatore maggiore di 5, quindi è presente nel complesso un elevato bisogno tipo medico sono 2 su 917 (0,2%). Dalla tabella sottostante notiamo che in quasi tutti coloro che presentano un elevato bisogno di sostegno medico (punteggio maggiore di 5) si riscontra la presenza di almeno un bisogno estensivo (44/46 ovvero il 95,7%).

Tab. 13 – Persone accolte nei servizi con un elevato bisogno di sostegno che hanno anche almeno un bisogno di sostegno estensivo di tipo medico

SEZIONE 3A BISOGNI DI TIPO MEDICO		ALMENO UN BISOGNO DI SOSTEGNO ESTENSIVO		Totale
		NO	SI	
ELEVATO BISOGNO DI SOSTEGNO	NO	694	177	871
	SI	2	44	46
Totale		696	221	917*

(*1 dato mancante)

Sezione 3B – Bisogni non ordinari di tipo comportamentale

Per una panoramica generale, la tabella sottostante ci mostra le principali statistiche descrittive dei risultati emersi da questa sezione, divisi per servizio. Se in generale abbiamo una media di bisogni di sostegno comportamentali di 2,4, per le persone accolte solo nei servizi residenziali il valore medio è più elevato (M=4,2), valori più bassi per coloro che sono accolti nel residenziale e nel semiresidenziale (M=3,7), mentre il valore medio più basso lo troviamo per le persone accolte solo nel semiresidenziale (M=1,8). Questi valori medi sono tutti più alti rispetto a quelli associati ai bisogni di tipo medico visti nel paragrafo precedente. Inoltre, mentre per i bisogni non ordinari di tipo medico la media più alta era rilevata nelle persone accolte sia nei servizi residenziali che semiresidenziali, nel caso dei bisogni non ordinari di tipo comportamentale la media più alta è rilevata nelle persone accolte solo nel residenziale.

Tab. 14 – Principali statistiche descrittive dei risultati emersi dalla Sezione 3B della SIS sui bisogni di sostegno di tipo comportamentale, divise per servizio

SERVIZIO	N.	MEDIA	DEV. STD.	MINIMO	MASSIMO
SOLO RESIDENZIALE	25	4,2	3,5	0	12
RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	218	3,7	3,2	0	21
SOLO SEMIRESIDENZIALE	673	1,8	2,3	0	14
TOTALE	916*	2,4	2,7	0	21

(*2 dati mancanti)

Gli altri due indicatori forniti dallo strumento rispetto ai bisogni non ordinari di tipo comportamentale sono quindi la presenza di almeno un bisogno estensivo (presenza di almeno un 2) e l'elevato bisogno di sostegno (maggiore di 5). Nei grafici sottostanti è rappresentata la percentuale

di persone con almeno un bisogno di tipo estensivo (21%) e la percentuale di persone con elevati bisogni di sostegno di tipo comportamentale (13%).

Graf. 4 - % di persone accolte nei servizi con almeno un bisogno di sostegno estensivo ed un elevato bisogno di tipo comportamentale



In funzione del modello, si è voluto indagare la **possibile sovrapposizione** tra la presenza di almeno un bisogno estensivo (almeno un valore 2) ed un elevato bisogno di sostegno (punteggio maggiore di 5). Complessivamente, i casi in cui si rilevano entrambi gli indicatori relativi ai bisogni non ordinari di tipo comportamentale sono 94 su 916 (10,2%), i casi in cui si rileva solo l'indicatore del valore 2, quindi è presente almeno un bisogno estensivo di tipo comportamentale sono 94 su 916 (10,2%) e i casi in cui si rileva solo l'indicatore maggiore di 5, quindi è presente nel complesso un elevato bisogno tipo comportamentale sono 23 su 916 (2,5%). Dalla tabella sottostante notiamo che una grande percentuale di coloro che presentano un elevato bisogno di sostegno comportamentale (punteggio maggiore di 5) presenta almeno un bisogno estensivo (94/117 ovvero il 80,3%).

Tab. 15 – Persone accolte nei servizi con un elevato bisogno di sostegno che hanno anche almeno un bisogno di sostegno estensivo di tipo comportamentale

SEZIONE 3B BISOGNI DI TIPO COMPORTAMENTALE		ALMENO UN BISOGNO DI SOSTEGNO ESTENSIVO		Totale
		NO	SI	
ELEVATO BISOGNO DI SOSTEGNO	NO	705	94	799
	SI	23	94	117
Totale		728	188	916*

(*2 dati mancanti)

Classificazione sulla base dei punteggi SIS della sezione 1

L'utilizzo della SIS per classificare o rappresentare la popolazione in livelli è funzionale a diversi scopi tra i quali la programmazione dei sostegni e la definizione dei costi. La classificazione riportata nel manuale prevede la determinazione della media e della deviazione standard di ciascun gruppo di confronto e la criterializzazione del sistema di classificazione sulla base della deviazione dei punteggi.

La distribuzione dei punteggi associata all'Indice dei bisogni di sostegno standard³ SIS è di tipo normale, con una media di 100 e una deviazione standard di 15. Pertanto, applicando questo sistema di classificazione, utilizzando l'Indice dei bisogni di sostegno SIS (più elevato è il punteggio, più alti sono i livelli dei bisogni di sostegno), è possibile definire dei livelli di intensità di bisogno applicabili per la differenziazione delle tariffe.

Classificazione sulla base dei punteggi SIS della sezione 3

Possiamo prevedere almeno due modalità di classificazione in grado di comprendere informazioni ottenute dalla sezione 3 Bisogni non ordinari di tipo medico e comportamentale.

Una prima modalità consiste nell'aumentare il livello classificato dell'intensità dei sostegni sulla base di criteri specifici. Per esempio, se un soggetto presenta un punteggio di "2" in ciascuno degli indicatori medici o comportamentali nella sezione 3 della SIS o ha un punteggio totale superiore a "5" in entrambe le scale dei bisogni medici o comportamentali, la classificazione dell'intensità dei sostegni potrebbe prevedere l'incremento di un livello.

In alternativa si possono definire degli incrementi differenziati a seconda della presenza di una o più delle situazioni sopra elencate.

³ Si precisa che l'indice dei bisogni riportato nel presente documento è in percentile e non in punteggio standard come invece in questa parte di classificazione viene inteso

Sintesi delle principali evidenze

- Riguardo alla scala dei bisogni di sostegno ed alle attività di vita (sezione 1), le dimensioni dove si rilevano maggiori bisogni sono le attività sociali (soprattutto nelle persone accolte solo in servizi semiresidenziali), quelle di vita nell'ambiente domestico (soprattutto nelle persone accolte in entrambi i servizi), quelle di salute e sicurezza (soprattutto nelle persone accolte solo in servizi residenziali).
- Guardando all'indice complessivo, appare un diverso livello di bisogni tra le persone accolte nei servizi residenziali (il più alto) e quelle accolte solo in servizi semiresidenziali (il più basso). La lettura di questo dato aggregato pare confermare la correttezza nell'inserimento relativamente all'ambito (residenziale e semiresidenziale), tuttavia, con un approccio più analitico, appare una certa eterogeneità tra i diversi soggetti gestori.
- In merito ai bisogni non ordinari di tipo medico (sezione 3 A), il 4,8% delle persone accolte nei servizi residenziali e/o semiresidenziali riporta situazioni complesse che necessitano di approfondimenti a completamento delle informazioni fornite dalla SIS. Per un ulteriore 19,3% è presente almeno un bisogno estensivo di tipo medico e per un ulteriore 0,2% è presente nel complesso un elevato bisogno di sostegno di tipo medico.
- In merito ai bisogni non ordinari di tipo comportamentale (sezione 3 B), il 10,2% delle persone accolte nei servizi residenziali e/o semiresidenziali riporta situazioni complesse che necessitano di approfondimenti a completamento delle informazioni fornite dalla SIS, relativamente ai trattamenti e/o l'affidamento al giudizio clinico per la possibile sottovalutazione della fornitura dei sostegni. Per un ulteriore 10,2% è presente almeno un bisogno estensivo di tipo comportamentale e per un ulteriore 2,5% è presente nel complesso un elevato bisogno di sostegno di tipo comportamentale.
- In letteratura il livello di bisogni della SIS correla con i costi, ovvero, esiste una correlazione positiva tra l'aumento dei costi relativi ai sostegni e quello dei punteggi della SIS, dato confermato dalle nostre analisi. Inoltre, la presenza di bisogni non ordinari di tipo medico e di tipo comportamentale (questi ultimi in particolare) può aumentare il costo in modo sostanziale.

I modelli organizzativi e di offerta

I servizi residenziali e semi residenziali per la disabilità sono distribuiti in modo piuttosto capillare sull'intero territorio provinciale. Questo consente un accesso logistico favorevole anche agli abitanti di diversi territori periferici che altrimenti sarebbero gravemente penalizzati negli spostamenti. I servizi sono accreditati e rispondono nelle linee generali ai requisiti di qualità definiti dalla Provincia. I modelli organizzativi non risultano invece omogenei e anche la possibilità di fruizione di prestazioni non è uniforme. Questa caratterizzazione è dovuta principalmente al diverso approccio che gli enti gestori hanno rispetto al tema dell'assistenza alle persone disabili e alla storia dei diversi enti. Le linee di differenziazione più marcate sono messe in evidenza nei paragrafi seguenti.

L'offerta delle prestazioni

Alcuni enti più strutturati e consolidati, sono in grado di fornire pacchetti più integrati di servizi che comprendono assistenza psicologica, infermieristica, fisioterapia, educativa, altri enti più piccoli invece forniscono servizi di assistenza di base e con meno specializzazioni. La struttura delle prestazioni è progettata per una presa in carico complessiva delle persone anche in una prospettiva di sviluppo dell'arco di vita. Per gli enti che offrono servizi di base il focus della presa in carico è inevitabilmente più circoscritto e le prestazioni offerte più selettive. Ciò comporta che per accedere a prestazioni aggiuntive o specialistiche come una fisioterapia o una consulenza psicologica, le persone con disabilità ospiti di alcune strutture devono rivolgersi ad altri enti o cercare in modo autonomo prestazioni adeguate. Le modalità di soddisfazione dei bisogni rischiano di essere, pertanto, in diversi casi predeterminati dall'offerta esistente che, a seguito delle differenziazioni evidenziate, può generare forme di trattamento diverse per persone con le medesime problematiche.

Differenziazione dell'offerta interna

L'offerta interna dei servizi dipende principalmente dalla grandezza e dalla divisione per unità organizzative dei singoli enti. Gli enti più piccoli dispongono di un'unica offerta e sono dunque meno flessibili per gestire l'evoluzione di un progetto individualizzato che inevitabilmente è destinato a modificarsi nel corso degli anni a seguito del fisiologico cambiamento delle condizioni cognitive, fisiche e sociali delle persone con disabilità. Gli enti più grandi e divisi per unità organizzative hanno maggiore possibilità di offrire servizi che tengono conto del cambiamento dei bisogni e questo consente di mantenere all'interno di uno stesso soggetto la gestione anche di processi evolutivi complessi. In teoria, anche enti con un'unica offerta potrebbero integrare e rafforzare la rete dei servizi in una prospettiva di filiera. Allo stato attuale le collaborazioni in questo senso sono molto limitate e prevale ancora un approccio che privilegia il focus dei singoli enti piuttosto che quello del sistema territoriale.

Il personale

Il personale che offre i servizi nei diversi enti è molto variegato. Esistono problemi di reclutamento significativi che dall'inizio della pandemia affliggono diverse strutture. Alcuni enti lavorano solo con educatori, in altri si ritrova personale misto educatori e operatori assistenziali, in altri ancora per alcune attività, come la presenza notturna, il personale non è qualificato. Attività assimilabili sono svolte pertanto da personale con formazione differente. Anche in questo caso il tipo di trattamento

offerto sia nelle strutture residenziali che semiresidenziali rischia di essere dunque diverso e il livello di qualificazione delle prestazioni non omogeneo. Questo problema tende a aumentare quanto più alto è il turnover degli operatori aggravato dalla difficoltà di reclutamento di nuovo personale. Inoltre, si rileva solo parzialmente un approccio lavorativo e professionale differenziato tra le attività svolte dai diversi profili e le attività orientate alle tematiche dell'inclusione.

L'orientamento all'inclusione

L'orientamento all'inclusione è in particolare un altro elemento che differenzia in modo non secondario i modelli organizzativi. Gli enti che lavorano con obiettivi più spiccati verso l'inclusione tendono a costruire reti di collaborazione con il territorio e questo impatta naturalmente sui carichi di lavoro e i compiti del personale. Alcuni enti privilegiano la specializzazione rispetto ai compiti assistenziali, altri sono più orientati al coinvolgimento della comunità e al lavoro sul territorio. Le differenze sono in parte legate al tipo di problematiche delle persone disabili seguite. In parte si tratta però anche di qualifiche del personale e approcci metodologici diversi che prendono forma in modo relativamente indipendente dalle possibilità di integrazione offerte dai territori di riferimento.

L'accessibilità

I diversi enti offrono servizi con accessibilità oraria e giornaliera diversa. Nel semiresidenziale ci sono strutture aperte dal lunedì al venerdì, altre che terminano il venerdì mattina o che inseriscono durante l'orario di funzionamento dei servizi le attività di programmazione periodiche. Gli stessi orari di apertura sono variabili, in parte dipende dal funzionamento dei trasporti che rimane una variabile molto importante per consentire l'accesso delle persone con disabilità ai servizi, mentre in parte si tratta di scelte organizzative. Gli inserimenti su cinque giorni sono peraltro sempre meno frequenti e questo dipende non solo dall'organizzazione oraria degli accessi ma anche da considerazioni di budget degli enti invianti e di scelte delle famiglie che spingono per offrire ai propri congiunti prestazioni differenziate per approccio, qualità e costo dei servizi laddove questi non siano interamente coperti dal finanziamento pubblico.

Le attività

Le attività sia dei servizi residenziali che dei semi residenziali sono generalmente tarate sulle diverse intensità di bisogno di sostegno delle persone, con un buon livello di coerenza all'interno delle differenziazioni di retta tra i diversi servizi, come è emerso dai dati dell'analisi SIS. Entrano tuttavia anche in campo orientamenti metodologici e modelli di intervento diversi. In alcuni enti la spinta a sostenere percorsi di socializzazione anche all'esterno delle strutture a parità di bisogni di sostegno da parte delle persone è molto marcata, mentre in altri è più tenue e si privilegiano le attività interne; in alcuni casi prevale l'informalità della relazione assistenziale e in altri la dimensione specialistica assume una maggiore rilevanza.

I progetti individualizzati

Tutti gli enti lavorano con progetti individualizzati che mirano a cogliere i bisogni delle persone con disabilità che accedono ai servizi. Il focus sul progetto di vita è presente maggiormente nelle strutture che offrono più servizi e che sono per dimensioni in grado di seguire l'evoluzione dei bisogni delle

persone con disabilità. In generale i progetti individualizzati tendono comunque a privilegiare un approccio centrato sui servizi erogati. Questo significa che una persona con disabilità inserita in più servizi potrebbe avere più progetti individualizzati. In alcuni casi vengono svolte attività di coordinamento tra i diversi enti per allineare i progetti mentre in altri semplicemente rimangono progettazioni differenti. Anche tra gli enti che gestiscono sia servizi residenziali che semiresidenziali si hanno casi in cui sono adottati progetti individualizzati unitari e casi in cui servizi residenziali e semiresidenziali gestiti dal medesimo soggetto non hanno completato la transizione verso un unico progetto individualizzato. La valorizzazione dei familiari nella costruzione dei progetti individualizzati è in generale piuttosto debole e prevale un approccio centrato più sul ruolo guida delle figure professionali.

Continuità assistenziale

La continuità assistenziale riguarda la possibilità per le persone con disabilità di essere seguiti da un unico operatore o gruppo di operatori. La continuità assistenziale è considerata tecnicamente un presupposto molto importante per garantire la qualità dei servizi. La situazione nei diversi enti è ancora una volta diversificata. Con la pandemia si è avuto innanzitutto un certo turnover di personale e il problema del reclutamento e della stabilizzazione è molto sentito dagli enti, creando, in alcuni casi, non secondari problemi gestionali. Enti che hanno avuto un maggiore turnover oppure una dimissione consistente di personale per raggiunti limiti di età hanno un problema più marcato di sostituzione e reclutamento di nuove figure. Le soluzioni organizzative per affrontare il problema sono esse stesse variabili. Nell'organizzazione del lavoro, per esempio, alcuni enti scelgono di separare il personale dei servizi residenziali da quello dei servizi semi residenziali di modo che le stesse persone siano seguite da due gruppi di operatori diversi. In altri enti, che gestiscono tutte e due le tipologie di servizio si possono trovare situazioni in cui è presente lo stesso personale all'interno dei diversi servizi. I problemi di gestione della continuità assistenziale sono legati anche ai contratti e ai rapporti sindacali anche se esiste una dimensione di discrezionalità organizzativa comunque incidente nelle diverse scelte.

Considerazioni

L'offerta dei servizi semiresidenziali e residenziali si caratterizza per una forte presenza e capillarità dell'offerta, ma anche per una marcata differenziazione delle forme di cura e sostegno che variano in modo significativo da ente ad ente e da territorio a territorio. Si pone di conseguenza una riflessione su come affrontare queste problematiche che rischiano di creare problemi rilevanti di equità di trattamento e possibilità di accesso a servizi adeguati ai bisogni. Un approccio maggiormente centrato sulla costruzione di reti territoriali capaci di fornire servizi analoghi andrebbe maggiormente sviluppato e andrebbe incoraggiata la collaborazione tra enti e territori diversi in prospettiva di una costituzione di filiere di servizi. Si evidenzia infine l'opportunità di potenziare, anche attraverso processi di formazione congiunta tra i servizi sociali e i gestori dei servizi, prospettive di intervento unitarie nella direzione dei processi di protagonismo delle persone con disabilità e delle loro famiglie, oltre che di valorizzazione dell'inclusione sociale nei contesti di vita.

L'ipotesi di finanziamento dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità

Come indicato in premessa la titolarità della competenza in materia di affidamento e finanziamento dei servizi diurni e residenziali a favore delle persone con disabilità è delle Comunità e del Territorio Val d'Adige.

L'applicazione dell'Allegato A della Deliberazione della Giunta Provinciale n. 174/2021 "Linee Guida per la pianificazione e la scelta di modalità e strumenti di erogazione dei servizi socio-assistenziali", ha supportato le Comunità nell'individuazione della modalità di affidamento più opportuna, tra la forma a "regime tariffario" o tramite il finanziamento complessivo del servizio a budget.

Le Comunità, in continuità con il precedente sistema delle rette, alla fine del 2022 hanno scelto l'"Accreditamento aperto" come forma principale di affidamento. In alcuni casi è stato previsto il ricorso a forme di finanziamento a budget, in presenza di particolari condizioni territoriali e di fabbisogno specifico quali a titolo esemplificativo:

- la presenza presso i contesti di servizio di utenza prevalentemente locale o proveniente dai territori limitrofi;
- la stabilità della domanda che può essere efficacemente soddisfatta da un'unica o più unità di offerta facilmente individuabili;
- la collocazione geografica periferica che porta a preferire l'allestimento di un unico servizio a valenza territoriale;
- l'opportunità di gestire presso un medesimo contesto più servizi in filiera;
- la presenza dell'immobile da destinare al servizio in disponibilità pubblica;
- la programmazione del servizio secondo un modello organizzativo complessivo, con limitata isolabilità delle singole prestazioni, con ricorso privilegiato alla dimensione di gruppo anche tramite il coinvolgimento di volontari e senza la strutturazione del servizio tramite piani di frequenza a ciclo settimanale continuativo.

Gli elementi economici e relativi alla profilazione dell'intensità di sostegni riportati nel presente documento possono considerarsi di diretta applicazione nel caso di finanziamento mediante tariffa e quindi con "accredito aperto".

Nel caso di finanziamento a budget, tali elementi sono applicabili in termini generali unitamente ai dati relativi al costo storico delle eventuali gestioni in essere confrontati con quelli relativi alle incidenze dei fattori di costo sui costi totali riportati nella tabella 9.

L'opzione di finanziamento a tariffa evidenzia l'opportunità di poter disporre di più soggetti e contesti di accoglienza tenuto conto di elementi quali la prossimità/lontananza dal contesto di residenza, la specializzazione e la composizione dei gruppi e delle equipe di riferimento. Rispetto alle persone con disabilità, la tariffa permette di corrispondere alle esigenze di personalizzazione delle singole situazioni, in relazione allo specifico stato di autonomia o di bisogno, che comporta implicazioni significative in termini di risorse necessarie per la cura.

L'impostazione proposta supera il sistema di finanziamento in essere basato principalmente sulle spese di funzionamento del soggetto gestore del servizio, per passare ad una modalità che pone l'attenzione ai percorsi di cura e inclusione a favore dei beneficiari.

L'analisi condotta, relativamente all'intensità di sostegno da garantire alle persone con disabilità inserite nei servizi diurni e residenziali, ha rilevato una certa eterogeneità ovvero la presenza in tutte le strutture del territorio di tutti i livelli dell'Indice dei bisogni di sostegno della SIS.

Il principio a cui tende il lavoro è la personalizzazione dei costi e delle relative tariffe in relazione alla complessità delle situazioni da seguire e all'intensità dei sostegni richiesti, che si esplicita nella definizione di una quota o tariffa base a cui è attribuito un progressivo incremento in base ai profili, corrispondenti ai bisogni rilevati attraverso la scala SIS.

Dall'applicazione del sistema di calcolo adottato ai sensi della delibera 347/2022, riportato con maggiore dettaglio nell'allegato 1, sono stati definiti i seguenti valori quali costo/tariffa base:

- euro 100 per il servizio residenziale "comunità di accoglienza persone con disabilità";
- euro 90 per il servizio semiresidenziale "percorsi per l'inclusione".

La tariffa base assicura la remunerazione dei fattori di costo indicati nei precedenti paragrafi, ricomprendendo le prestazioni previste all'interno del Catalogo e necessarie alla gestione dei servizi. La tariffa riconosciuta richiede ai soggetti gestori un approccio di intervento e un modello organizzativo aderente agli standard e ai requisiti richiesti dal sistema di accreditamento e dal Catalogo e dagli atti di affidamento.

Per la determinazione del costo dei succitati servizi residenziali e semiresidenziali per le persone con disabilità si propone dunque, a partire dal costo/tariffa base, un sistema articolato su due profili di intensità di sostegno (profili moderato e elevato), calcolati tenendo conto della classificazione SIS basata sull'Indice composito standard (della sezione 1), a cui riconoscere tariffe differenziate incrementalmente rispetto alla tariffa base.

Tab. 16 - Intensità di sostegno e tariffe consigliate

Indice Composito Standard	Profilo di bisogni di sostegno	Tariffa semiresidenziale "Percorsi di inclusione"	Tariffa residenziale "Comunità di accoglienza"
valore fino a 99	Profilo moderato: la posizione della persona rispetto al campione normativo è sotto la media	Tariffa base 90 euro	Tariffa base 100 euro
valore >100	Profilo elevato: la posizione della persona rispetto al campione normativo è sopra la media	tariffa base + 45 euro	tariffa base + 45 euro

La tariffa può essere ridotta nei casi in cui il Servizio, coerentemente al grado di autonomia e di competenza occupazionale dei destinatari, preveda un'attività produttiva, pur marginale, e la necessità di un presidio da parte degli operatori limitato e inferiore a quello previsto in via ordinaria per il medesimo servizio.

Un'ulteriore leva di differenziazione dell'intensità dei sostegni tiene in considerazione la sezione 3 della SIS, che rileva nella sezione 3A "Bisogni di tipo medico" e nella sezione 3B "Bisogni di tipo comportamentale".

Per i profili rientranti nelle classificazioni riportate in tabella, la valutazione segnala l'esigenza di assicurare idonee prestazioni integrative, al fine di corrispondere adeguatamente ai bisogni comportamentali e sanitari delle persone accolte.

Gli interventi aggiuntivi che si rendono necessari possono essere essenzialmente di due tipi (anche compresenti nella medesima situazione):

- di carattere sanitario o socio sanitario: quando il sostegno necessario alla persona richiede una maggior copertura da parte di personale con competenze socio sanitarie o interventi e trattamenti che devono essere svolti da professionisti sanitari non presenti all'interno dei modelli di servizio socio-assistenziali;
- di carattere socio-assistenziale ed educativo: quando il sostegno necessario alla persona richiede una maggiore copertura educativa ed assistenziale da erogare presso il contesto del servizio di accoglienza.

Come esplicitato nel paragrafo relativo alla SIS, è necessario prestare particolare attenzione alla presenza dei dati in queste due sezioni. In prima applicazione, si propone pertanto di definire le classificazioni che possono generare degli incrementi di tariffa, rimandando ad ulteriori approfondimenti valutativi la definizione puntuale dell'intensità di sostegno.

Di seguito si riporta il modello di classificazione identificato per la determinazione delle maggiorazioni di retta:

Tab. 17 - Ulteriori classificazioni per la differenziazione della retta

	Sezione 3	Indicatori sezione 3	Profilo dei bisogni non ordinari	Maggiorazione
A	Sezione 3A BISOGNI DI TIPO MEDICO	Almeno un valore 2 o punteggio maggiore di 5	Profilo A: presenza di almeno un bisogno estensivo di tipo medico o presenza di elevati bisogni di tipo medico	25 euro
B	Sezione 3B BISOGNI DI TIPO COMPORTAMENTALE	Almeno un valore 2 o punteggio maggiore di 5	Profilo B: presenza di almeno un bisogno estensivo di tipo comportamentale o presenza di elevati bisogni di tipo comportamentale	25 euro
C	Sezione 3A BISOGNI DI TIPO MEDICO	Almeno un valore 2 e punteggio maggiore di 5	Profilo C: presenza di almeno un bisogno estensivo di tipo medico e presenza di elevati bisogni di tipo medico	35 euro
D	Sezione 3B BISOGNI DI TIPO COMPORTAMENTALE	Almeno un valore 2 e punteggio maggiore di 5	Profilo D: presenza di almeno un bisogno estensivo di tipo comportamentale e presenza di elevati bisogni di tipo comportamentale	35 euro

In una prospettiva unitaria, che considera la persona con disabilità e il suo progetto di vita nel suo complesso, è importante assicurare percorsi di supporto e contesti di servizio integrati e il più possibile modulati sulle singole esigenze.

Al riguardo, è possibile definire un modello di applicazione delle tariffe che prevede maggiorazioni della quota base con eventuali integrazioni subordinate ad ulteriori valutazioni.

Il calcolo della tariffa, pertanto, potrà avvenire con le modalità definite nei punti seguenti.

1. Applicazione della tariffa individuale in base al livello di intensità di sostegno (moderato o elevato) di cui alla tabella 16.

2. Riconoscimento di una maggiorazione della tariffa individuale, in relazione al verificarsi delle condizioni elencate nella tabella 17 (relative a bisogni di tipo medico e di tipo comportamentale) secondo la seguente casistica alternativa:
 - I. applicazione di una maggiorazione di 25 euro qualora si verifichi la condizione a oppure b;
 - II. applicazione di una maggiorazione di 50 euro qualora si verifichino in contemporanea le condizioni a e b;
 - III. applicazione di una maggiorazione di 35 euro qualora si verifichi la condizione c oppure d;
 - IV. applicazione di una maggiorazione di 60 euro qualora si verifichino in contemporanea le condizioni a e d oppure b e c;
 - V. applicazione di una maggiorazione di 70 euro qualora si verifichino in contemporanea le condizioni c e d.
3. Nei casi di bisogni sanitari del profilo c, programmazione dell'attivazione delle Unità di Valutazione Multidisciplinare di APSS al fine di verificare l'appropriatezza dell'attuale servizio offerto, a cui potrebbe conseguire la ridefinizione del progetto;
4. Laddove si riscontrassero contemporaneamente le condizioni c e d sarà inoltre necessario un approfondimento della valutazione attraverso valutazione multi-professionale o in base all'applicazione di strumenti concordati, atta a garantire le prestazioni sanitarie o le maggiori coperture assistenziali ed educative necessarie. Questi ulteriori approfondimenti potranno generare incrementi personalizzati della tariffa.

In prospettiva sarà possibile agire su ulteriori modalità di risposta da approfondire, quali ad esempio la possibilità di individuare soggetti che operano in ambito socio-sanitario nel settore disabilità a cui attribuire una funzione complessiva di supporto rivolto alle persone disabili inserite nei servizi diurni e residenziali. In questo caso la calibrazione dei sostegni, le prestazioni, le professionalità coinvolte e le modalità di realizzazione degli interventi dovranno essere definiti dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) di APSS, con la conseguente presa in carico della quota socio sanitaria.

Al fine di sostenere la continuità del servizio, sono inoltre applicabili misure di compensazione delle assenze, nelle forme previste dai documenti di programmazione, secondo modalità scalari orientate ad assicurare la gradualità dei percorsi di sostegno e al contempo il perseguimento degli obiettivi generali.

Le attuali misure prevedono: il riconoscimento dell'80% della retta intera per le prime quattro settimane e del 65% della retta intera per le eventuali ulteriori settimane di assenza, con possibilità di non riconoscere la retta nel caso di utilizzo del posto da parte di altre persone.

Si ritiene opportuno confermare il modello di riconoscimento delle rette di assenza, fatte salve eventuali modifiche applicative da definire attraverso i consueti strumenti di programmazione.

Nell'allegato 2 è riportata la matrice delle combinazioni di retta.

Conclusioni

L'elaborazione del presente documento, ha permesso di analizzare in maniera approfondita le principali dimensioni che caratterizzano i servizi residenziali e semiresidenziali rivolti alle persone con disabilità: i bisogni delle persone, la componente economica e quella professionale.

Partendo dagli obiettivi illustrati nei paragrafi precedenti, ci si è concentrati in particolare sulla necessità di armonizzare il sistema delle rette, congelate negli importi da più di dieci anni e storicamente definite in una sorta di negoziazione con le singole organizzazioni seguendo le loro dinamiche di sviluppo dell'offerta dei servizi.

In questo tempo, le organizzazioni hanno sviluppato modelli organizzativi differenti che si sono rilevati non coerenti con il sistema di qualità proposto dal Catalogo.

Dall'analisi, infatti, sono emersi diversi elementi di criticità come la disomogeneità di dimensioni tra gli enti, l'eterogeneità delle tariffazioni non collegate alle caratteristiche della persona con disabilità, i diversi modelli organizzativi per presenza/presidio e per tipologia dei profili degli operatori, la difficoltà di reperimento di personale qualificato.

Anche le persone e le loro necessità di sostegno si sono modificati nel tempo: a fronte di una dinamica demografica che potrebbe suggerire una prospettiva con una numerosità di persone con disabilità in diminuzione, è necessario tenere conto dell'allungamento dell'aspettativa di vita e delle dinamiche familiari. Le persone con disabilità accolte da lungo tempo, "storici", hanno iniziato a frequentare i servizi come risposta all'isolamento o al rischio di segregazione, mentre oggi le famiglie esprimono necessità di conciliazione lavoro-famiglia e cercano di ritardare il più possibile l'inserimento in servizi residenziali o semi residenziali, cercando di attingere a diverse tipologie di inclusione offerte anche fuori dal contesto socio assistenziale in senso stretto.

In un contesto in continua evoluzione caratterizzato da un'offerta piuttosto rigida e con le note complessità, con le informazioni acquisite e le proposte emerse da questo documento ci si muove nella direzione di sostenere lo sviluppo dei servizi secondo i nuovi indirizzi tracciati dal Catalogo, attraverso l'adeguamento dei meccanismi di finanziamento ai bisogni delle persone che si riflette su una riduzione delle disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi e su un miglioramento della performance complessiva del sistema.

In estrema sintesi, attraverso le informazioni e le analisi effettuate, si sta tracciando la strada per un sistema di finanziamento dei servizi che sposta il focus dall'organizzazione alla persona, in coerenza con un sistema di qualità che si relaziona con il territorio.

Da questa relazione, nel corso del tempo ci si aspetta che emerga un'ulteriore modifica dei servizi mettendo al centro le persone: lo spostamento dell'attenzione dall'offerta rigida e standardizzata alla domanda flessibile e personalizzata.

Per arrivare a questo risultato è necessario programmare fin da subito un percorso di accompagnamento agli Enti locali ed alle organizzazioni che permetta di percorrere questo sentiero di innovazione, garantendo qualità dei servizi per le persone con disabilità e stabilità per le organizzazioni.

Tra le attività di accompagnamento si mettono in evidenza:

- ulteriore formazione sull'utilizzo degli strumenti di valutazione;
- monitoraggio rispetto all'evoluzione dei modelli organizzativi, laddove si sono modificati significativamente i valori delle rette;

- definizione di regole per la revisione periodica delle S.I.S, al fine di mantenere la coerenza tra il sistema di finanziamento e l'evoluzione dei bisogni;
- individuazione di ulteriori strumenti di valutazione per una sempre più adeguata personalizzazione degli interventi rispetto ad alcuni bisogni particolari ed in particolare per quanto riguarda i disturbi del comportamento.
- potenziamento del sistema informativo rendendo disponibili le informazioni raccolte con questa prima fase di valutazione e ulteriori sviluppi.

Concludendo, la quantità di informazioni e di dati acquisiti, hanno aperto scenari e piste di ulteriore approfondimento che andranno affrontate nel tempo, dopo aver consolidato e verificato la solidità dell'applicazione di quanto definito con il presente documento.

Per garantire il processo di crescita e miglioramento continui, è necessario prendere atto che il lavoro svolto per la redazione di questo documento, rappresenta le fondamenta di un cantiere che si è appena aperto che impegna il sistema trentino delle politiche sociali per gli anni a venire.

Allegato 1 - Elementi per la definizione delle rette base

Per la determinazione del costo complessivo del personale per le tipologie di servizio comunità di accoglienza per persone con disabilità, comunità integrata e percorsi per l'inclusione occorre considerare le figure professionali previste dal Catalogo e in servizio presso i soggetti gestori, con i relativi profili e inquadramenti. Ai fini della stima è considerata la presenza di Educatori con titolo, con inquadramento D2, per il 50% degli operatori impiegati. Il calcolo delle ore degli operatori su base annua avviene secondo i parametri indicati dalla delibera 347/2022 (totale ore annue operatore full time: 1976; totale ore annue operatore full time lavorate: 1520).

Le ore di coordinamento previste dal Catalogo sono state calcolate con inquadramento D3 e le ore di attività ausiliaria (3 ore al giorno) con inquadramento B1.

In entrambi i casi, sono stati ricompresi tra i costi diretti del servizio una quota diaria per bisogni personali delle persone con disabilità, il valore di una giornata alimentare che tiene conto anche delle presenze degli operatori ai pasti, una quota per percorsi di formazione e supervisione professionale. Si è definito un valore a persona per il costo di gestione dell'immobile. Tale valore dovrà essere rilevato puntualmente nel caso di affidamento a budget.

I costi indiretti non direttamente imputabili al servizio (costi della sede, imputazione al centro di costo della quota parte delle figure apicali, dell'amministrazione ed altri costi generali), sono stati applicati in misura percentuale con incidenza pari al 10% sul costo totale del servizio.

Nei paragrafi che seguono, tenuto conto delle specifiche tipologie di servizio, in ambito residenziale e semiresidenziale, sono riportati ulteriori elementi di dettaglio.

I parametri per la determinazione del costo/tariffa base dei servizi residenziali

- 1) In coerenza con quanto previsto dalla voce 4.2 del Catalogo - Comunità di accoglienza per persone con disabilità, tenuto conto anche delle evidenze derivanti dalle analisi e visite condotte, per il calcolo della tariffa base sono stati utilizzati i seguenti elementi:
 - Capienza e orario di apertura: la Comunità che accoglie fino ad 8 persone, è aperta tutto l'anno, fine settimana e festivi compresi. Durante la settimana l'orario è ridotto alle sole ore del mattino e del tardo pomeriggio. La notte è passiva;
 - E' richiesta l'eventuale copertura di esigenze diurne nel caso di necessità di permanenza delle persone presso la struttura anche nel corso della giornata per giustificati motivi;
 - Tasso di occupazione, calcolato sulla base del dato storico, mediamente superiore al 95%;
 - Presidio operatori: dalla valutazione condotta e dai confronti diretti con i soggetti gestori rispetto ai diversi modelli organizzativi, si rilevano di norma i seguenti parametri di personale: un operatore ogni quattro persone con disabilità nelle ore diurne (mattino e tardo pomeriggio) nelle giornate feriali, un operatore nelle ore notturne con presidio passivo, un operatore ogni 5 persone con disabilità nel fine settimana e nelle giornate festive;
- 2) In coerenza con quanto previsto dalla voce 4.4 del Catalogo - Comunità integrata, tenuto conto anche delle esperienze maturate in alcuni territori, il calcolo della tariffa può essere effettuato tenendo conto dei seguenti elementi:
 - Capienza e orario di apertura: la Comunità che accoglie fino a 9 persone, è aperta 24 ore al giorno, tutto l'anno, fine settimana e festivi compresi. La notte è passiva;

- Tasso di occupazione prossimo al 100%, data la natura del servizio;
- Presidio operatori: un operatore ogni quattro persone con disabilità nelle ore diurne, un operatore nelle ore notturne con presidio passivo;

La retta di riferimento, che può essere differenziata in relazione ai bisogni delle persone, è pari a 160,00 euro al giorno.

I parametri per la determinazione del costo/tariffa base dei servizi semiresidenziali

In coerenza con quanto previsto dalla voce 4.10 del Catalogo - Percorsi per l'inclusione, tenuto conto anche delle evidenze derivanti dalle analisi e visite condotte, per il calcolo della tariffa base sono stati utilizzati i seguenti elementi:

- Ricettività variabile, che può arrivare anche a numeri molto elevati, compatibilmente con le caratteristiche dell'immobile;
- Apertura servizio: 8 ore al giorno nei giorni feriali;
- Tasso di occupazione, calcolato sulla base del dato storico, mediamente superiore al 90%;
- Presidio personale: 1 operatore ogni 4 persone con disabilità;

Allegato 2 - Matrice delle combinazioni di retta

intensità di sostegno	retta semi residenziale	retta residenziale	combinazioni sezioni 3A e 3B	valore integrazione	totale retta semi residenziale	totale retta residenziale
moderata	90	100	a	25	115	125
moderata	90	100	b	25	115	125
moderata	90	100	a+b	25+25	140	150
moderata	90	100	c	35	125	135
moderata	90	100	d	35	125	135
moderata	90	100	c+d	35+35	160	170
moderata	90	100	b+c	25+35	150	160
moderata	90	100	a+d	25+35	150	160
elevata	135	145	a	25	160	170
elevata	135	145	b	25	160	170
elevata	135	145	a+b	25+25	185	195
elevata	135	145	c	35	170	180
elevata	135	145	d	35	170	180
elevata	135	145	c+d	35+35	205	215
elevata	135	145	b+c	25+35	195	205
elevata	135	145	a+d	25+35	195	205

