

Home Care Premium 2012

**200 Realtà
1 solo ?**

Campus X Tor Vergata - Roma, febbraio 2013



D.M 463/98

In favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari

0,35 %

Residenzialità – Soggiorni – Borse di Studio
e ogni altra forma di
prestazione sociale



D.M 463/98

In favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari

Welfare «Integrativo» «Secondo» Welfare



Ne'

Troppo poveri per accedere alle prestazioni

Ne'

Troppo ricchi per pagarsele privatamente



Missione

Giovani

Diritto alla studio / Politiche attive in favore dell'occupazione

Adulti

Aggiornamento Professionale

Anziani

Conservazione Auto Sufficienza e Supporto alla Non Auto Sufficienza



Visione

Innovazione

Sperimentazione

Partnership

Trasferibilità – Bench Mark



Home care Premium

Cenni Storici



Art. 117 della Costituzione

modificato da Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3

Lo Stato:

m) determinazione dei **livelli essenziali (LIVEAS - LEP)** delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

Regioni

la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Servizi Sociali – Formazione Professionale - PAL



Art. 119 della Costituzione

modificato da Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci, e concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario.

Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.

La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.

Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato.

Possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento, con la contestuale definizione di piani di ammortamento e a condizione che per il complesso degli enti di ciascuna Regione sia rispettato l'equilibrio di bilancio.

E' esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dagli stessi contratti.



Corte Costituzionale

Varie Sentenze

Definizione di Livello **essenziale** delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale:

LIVEAS - LEP

*Standard strutturali e qualitativi delle prestazioni,
da garantire agli aventi diritto
su tutto il territorio nazionale*

NON la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio



Corte Costituzionale

Sentenza 423 del 2004. Art. 119 Costituzione

Non sono consentiti finanziamenti a destinazione vincolata in materie di competenza regionale in quanto ciò si risolverebbe in uno strumento indiretto ma pervasivo di ingerenza dello Stato nell'esercizio delle funzioni delle Regioni.



Mille Welfare ?

Stanziamiento per le politiche sociali
e per la non auto sufficienza

Definizione e valutazione di NON autosufficienza

Governance

Accesso alle prestazioni

Sistema dei Servizi Integrati

Costi a carico degli utenti



I Nostri Poster



Assistenza domiciliare per non autosufficienti
Home care premium

Legge 11 febbraio 1980, n. 18

«Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili»

Art. 1.

Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'articolo 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato

che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua,

e concessa **un'indennità di accompagnamento**, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato, dell'importo

2013: Euro 499,27 per 12 mensilità.



Legge 11 febbraio **1980**, n. 18

«Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili»

Spesa 2011: **12,734 miliardi di euro.**

Invalidità civile – Indennità: 1.892.245

Circa il 75 % è per IDA «strictu senso»



Legge 5 febbraio 1992, n. 104

«Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»

Art. 1. Finalità.

Art. 2. Principi. diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata

Art. 3. Soggetti Aventi Diritto.

Comma 3, Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. **Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.**



Legge 5 febbraio 1992, n. 104

«Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»

Art. 4. Accertamento.

Art. 5. Principi generali per i diritti della persona handicappata

d) assicurare alla famiglia della persona handicappata **un'informazione** di carattere sanitario e sociale per facilitare la comprensione dell'evento, anche in relazione alle possibilità di recupero e di integrazione della persona handicappata nella società;

h) garantire alla persona handicappata e alla famiglia **adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente articolo;**



Legge 5 febbraio 1992, n. 104

«Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»

Art. 9. Servizi di aiuto personale

Art. 33. Agevolazioni

Comma 3. A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, **ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito** coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa. Il predetto diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore dipendente per l'assistenza alla stessa persona con handicap in situazione di gravità. Per l'assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità, il diritto è riconosciuto ad entrambi i genitori, anche adottivi, che possono fruirne alternativamente.



Legge 27 dicembre 1997, n. 449

"Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica"

Art. 59.

(Disposizioni in materia di previdenza, assistenza, solidarietà sociale e sanità)

Comma 44. Presso la Presidenza del Consiglio dei ministri è istituito il **Fondo per le politiche sociali**, con una dotazione di lire 28 miliardi per l'anno 1998, di lire 115 miliardi per l'anno 1999 e di lire 143 miliardi per l'anno 2000.

Comma 45. In attesa dell'entrata in vigore della legge generale di riforma dell'assistenza, le finalità del Fondo di cui al comma 44 sono le seguenti:

- a) la promozione di interventi per la realizzazione **di standard essenziali ed uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato** concernenti i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la condizione degli anziani, l'integrazione e l'autonomia dei portatori di *handicap*, il sostegno alle famiglie, la prevenzione ed il trattamento delle tossicodipendenze, l'inserimento e l'integrazione dei cittadini stranieri;
- b) il sostegno a progetti sperimentali attivati dalle regioni e dagli enti locali;
- c) la promozione di azioni concertate ai livelli nazionale, regionale e locale per la realizzazione di interventi finanziati dal Fondo sociale europeo;
- d) la sperimentazione di misure di contrasto delle povertà;
- e) la promozione di azioni per lo sviluppo delle politiche sociali da parte di enti, associazioni ed organismi operanti nell'ambito del volontariato e del terzo settore.



D. Lgs. 31 marzo **1998**, n.112

Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali

Titolo IV

Servizi alla Persona e alla Comunità

Capo II – Servizi Sociali

Articoli 128 - 134

Art. 128 – **Definizione di «servizi sociali»**

Art. 129 – Competenze dello Stato

c) ***la determinazione degli standard dei servizi sociali da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita;***

Art. 130 – Competenze relative agli invalidi civili - INPS

Art. 131 – Conferimenti alle Regioni e agli Enti Locali

Art. 132 – Trasferimento alle Regioni

Art. 133 – **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali**. Integrazione tra Fondi per benefici sociali



D. Lgs. 31 marzo 1998, n.112

Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali

Art. 128. Definizione

le attività relative alla predisposizione ed erogazione di **servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche** destinate a rimuovere e superare **le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita**, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.



Fondo Nazionale per le Politiche Sociali

1998	FNPS	Regioni
1998	381.455.065,00	127.476.720,70
1999	516.276.139,00	258.641.615,06
2000	508.116.120,00	249.487.416,52
2001	1.590.713.072,00	757.760.410,48
2002	1.622.889.199,00	771.461.269,00
2003	1.716.555.931,00	896.823.876,00
2004	1.884.346.940,00	1.000.000.000,00
2005	1.308.080.940,00	518.000.000,00
2006	1.624.922.940,00	775.000.000,00
2007	1.564.917.148,00	745.000.000,00
2008	1.464.233.696,36	656.451.148,80
2009	1.420.580.157,00	518.226.539,00
2010	435.257.959,00	373.911.240,18
2011	218.084.045,00	175.619.549,85
2012	42.908.611,00	10.680.362,13



Legge 8 novembre 2000, n. 328

Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Principi fondamentali. Art. 2, 3 e 38 Costituzione.

Terzo Settore - Rete

Governance: Piano nazionale, Regionale, Piano di Zona

Stato: *definizione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni*

Riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali

Ambiti Territoriali Sociali (distretti sanitari)

Accreditamento dei soggetti - Voucher

Progetti Individuali per le persone disabili – Integrati

Assistenza domiciliare e il Fondo per la Non auto sufficienza

Valorizzazione e sostegno della responsabilità familiare



Legge 8 novembre 2000, n. 328

Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 16. Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari

Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno priorità:

- d) **prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico**, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani;
- e) **servizi di sollievo**, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro;
- f) **servizi per l'affido familiare**, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.



Legge 8 novembre 2000, n. 328
Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di
interventi e servizi sociali

Art. 22

Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

...., **gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:**



Legge 8 novembre 2000, n. 328

Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 22. Comma 2

b) **misure economiche** per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

g) **interventi** per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

i) **informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.**



Legge 8 novembre 2000, n. 328

Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 22. Comma 4

In relazione a quanto indicato al comma 2, **le leggi regionali**, secondo i modelli organizzativi adottati, **prevedono** per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera *a*), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, **comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:**

- a)* servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b)* servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c)* assistenza domiciliare;
- d)* strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e)* centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.



Legge 8 novembre 2000, n. 328
Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di
interventi e servizi sociali

Art. 25

Accertamento della condizione economica del richiedente
Si applica Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 109 e s.m.i

ISEE . Indicatore Situazione Economica Equivalente



ISEE

2-ter. Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali, **le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità.**

Il suddetto decreto è adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, **al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito**, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.



ISEE

Corte Costituzionale

Sentenza 296 / 2012

«Eventuale Integrazione con redditi di familiari»

Sentenza 19 dicembre 2012, n. 297,

la Corte Costituzionale ha dichiarato incostituzionale l'art. 5 del Decreto "Salva-Italia" (D.L. n. 201/2011, convertito dalla Legge n. 214/2011), a seguito della questione di legittimità che era stata sollevata dalla Regione Veneto



D.P.R. 3 maggio 2001

Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ed in particolare l'art. 18 della legge medesima che prevede l'adozione del Piano nazionale e dei piani regionali degli interventi e dei servizi sociali;

Vista la deliberazione preliminare del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 16 febbraio 2001;

Acquisita l'intesa con la Conferenza Unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo del 28 agosto 1997, n. 281, nella riunione del 22 febbraio 2001;

Acquisiti i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'art. 1, comma 1, lettere u) e b), della legge 19 novembre 1987, n. 476, e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi;

Acquisiti i pareri delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali;

Acquisiti i pareri delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle **associazioni di tutela degli utenti;**

Acquisito il parere della competente Commissione della Camera dei deputati espresso nella seduta del 28 marzo 2001, mentre la competente Commissione del Senato della Repubblica non si è espressa nei termini prescritti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell' 11 aprile 2001;

Sulla proposta del Ministro per la solidarietà sociale;

DECRETA:

È approvato il **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il biennio 2001-2003.**



D.P.R. 3 maggio 2001

Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003

Individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni

dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi

requisiti e dei profili per le professioni sociali

Obiettivo 1 . Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari

1.4 Promuovere una visione positiva della persona anziana.

L'invecchiamento si sviluppa all'interno delle reti familiari e nei contesti comunitari, per cui implica l'assunzione di precise responsabilità da parte delle componenti giovani e adulte della famiglia, relativamente ad ognuna delle varie fasi in cui si sviluppa l'invecchiamento e non soltanto nel momento in cui si manifesta la dipendenza in rapporto a condizioni di non autonomia.

Nella famiglia tali responsabilità riguardano di norma i figli, indipendentemente dalla condizione di convivenza, figli che a loro volta possono già essere coinvolti in un loro processo di invecchiamento. È in aumento la quota di anziani (per lo più donne) che ha responsabilità di cura nei confronti di altri anziani nella generazione precedente. Riconoscere e valorizzare il rapporto di tutela e di sostegno che i figli possono offrire ai genitori anziani, comporta offrire ai figli una serie di servizi e di aiuti, destinati ad integrare il lavoro di cura (quotidianamente o per periodi di sollievo), a sostenere psicologicamente la persona, a offrire risorse economiche (quando necessarie) per far fronte ai maggiori impegni. Occorre inoltre tenere presente che la forma della famiglia e delle reti familiari cambia lungo il ciclo di vita e che vi sono individui e famiglie nucleari che possono trovarsi a contare solo sulle proprie risorse ristrette, mentre altri possono vivere da soli, ma contando su una più o meno fitta rete di relazioni familiari.



D.P.R. 3 maggio 2001

Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003

Le politiche sociali devono proporsi almeno i seguenti obiettivi:

- sostenere le famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela dell'autonomia della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza),
- innovare e diversificare l'offerta di servizi e interventi,
- riconoscere il diritto dell'anziano a scegliere dove abitare.

i piani di zona dovranno prevedere misure e servizi in ognuno dei seguenti campi:

- istituzione, d'intesa con le organizzazioni delle persone anziane, di un servizio civile, ai quale partecipano le persone anziane (insieme ai più giovani) al fine di valorizzarne le esperienze e competenze,
- servizi di assistenza domiciliare (anche integrata con i servizi sanitari) con personale qualificato, con particolare attenzione allo sviluppo delle capacità relazionali degli operatori nel leggere le richieste non formulate o le sofferenze inespresse e nel saper dare risposte che tengano anche in considerazione il bisogno di ascolto,
- centri diurni che sappiano coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta di attività riabilitative, ricreative; di socializzazione sia per persone non autosufficienti fisiche sia per affetti da demenza senile o morbo di Alzheimer,
- servizi a sostegno della domiciliarità, trasporti adeguati che permettano una sufficiente mobilità e l'autonomia nelle attività quotidiane,
- mini-alloggi per gli anziani che per la posizione territoriale (es. montagna) o per lo stato della propria abitazione siano impossibilitati a rimanervi (per alcuni periodi o definitivamente),
- ospitalità temporanea, da un giorno a un massimo di tre mesi, nelle strutture residenziali, in posti associati ai centri diurni, al fine di risolvere urgenti necessità familiari o per sollievo alla famiglia ospitante, affinché possa soddisfare bisogni essenziali del nucleo ed in particolare dei minori presenti,
- affidamento a famiglie selezionate anche sulla compatibilità reciproca relativa ad abitudini di vita, a gusti, ad ambito territoriale,
- offerta di attività di volontariato o di utilità sociale in particolare favorendo lo sviluppo dell'auto-mutuo aiuto in tutti i settori del bisogno sociale,
- apertura delle strutture residenziali e diurne alla comunità locale nella quale sono inseriti e promozione di incontri intergenerazionali in particolare tra bambini e anziani,
- soggiorni marini o in altre località, anche per persone non autosufficienti sia ricoverate in strutture sia residenti al proprio domicilio.



D.P.R. 3 maggio 2001

Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003

Obiettivo 4 . Sostenere con servizi domiciliari le persone non auto sufficienti

Con riguardo all'obiettivo di sostenere e sviluppare l'autonomia delle persone non autosufficienti, e in stretto collegamento con quanto delineato per gli obiettivi 1 e 2, i piani di zona dovranno prevedere, con particolare riferimento alla disabilità grave e gravissima, lo sviluppo delle seguenti misure:

- progetti personalizzati di riabilitazione e reinserimento sociale, anche dei soggetti seguiti in strutture ad alta integrazione assistenziale,
- individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica, anche grave, favorendo la ristrutturazione delle abitazioni degli interessati, l'utilizzo di patrimoni comunali finalizzati a interventi sociali o di edilizia popolare, la dotazione di tecnologie adeguate,
- sviluppo di servizi di assistenza a domicilio per favorire la permanenza dei disabili presso la propria abitazione anche quando privi di sostegno familiare, per sollevare la famiglia (quando presente) e per permettere al disabile un soddisfacente uso del tempo libero,
- sviluppo di piani di apprendimento o recupero di capacità nella gestione della vita quotidiana, anche in vista del «Dopo di noi», cioè del momento in cui la famiglia non è più in grado di assistere il disabile,
- promozione delle famiglie - comunità per il «Dopo di noi»,
- misure volte a consentire al disabile grave una vita di relazione e sociale il più possibile piena e indipendente (garantendo efficaci mezzi di trasporto, promuovendo programmi di accesso ai servizi per il tempo libero, favorendo la pratica sportiva, ecc.),
- previsione di soluzioni residenziali di emergenza o di sostegno domiciliare per necessità temporanee o imprevedibili,
- sviluppo di centri diurni a sostegno della permanenza in famiglia di persone con handicap grave,
- misure di sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo attraverso servizi adeguati, coinvolgendo le famiglie quali parti attive del processo di autonomizzazione dei propri congiunti, garantendo la dignità del soggetto inserito, ricercando la migliore collocazione possibile per lo sviluppo delle capacità del disabile,
- sperimentazione di programmi di assistenza, anche in forma indiretta ed autogestita, per la vita indipendente delle persone non autosufficienti.

I Piani di zona devono garantire almeno i seguenti servizi a favore delle famiglie e delle persone con disabilità grave e gravissima:

- centro diurno a carattere educativo,
- assistenza domiciliare e servizi di sollievo per le famiglie così come previsto dalla legge n. 162/1998,
- famiglie - comunità per il «Dopo di noi».



Assistenza domiciliare per non autosufficienti

Home care premium

D.P.R. 3 maggio 2001

Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 - 2003

La Porta Unica di Accesso

La funzione di segretariato sociale (art. 22, comma 4 lett. a) risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi,
- conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita.

In particolare l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

È quindi un livello informativo e di orientamento indispensabile per evitare che le persone esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni. A questo scopo occorre in particolare evitare che proprio i cittadini più fragili e meno informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto a fronte di barriere organizzative e burocratiche che comunque vanno rimosse per ridurre le disuguaglianze nell'accesso.

Sul piano organizzativo occorre quindi istituire in ogni ambito territoriale, definito ai sensi degli articoli 6 e 8, comma 3 lettera a) della legge n. 328/2000, una «porta unitaria di accesso» al sistema dei servizi, tale da essere accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze e tecnicamente capace di assolvere le funzioni sopra indicate.

Nel piano di zona vanno individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito dei distretto, tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 3-*quater* del D.Lgs. n. 229/1999.

La funzione di segretariato sociale risulterà tanto più efficace quanto sarà progettata e attuata in modo collaborativo con tutti gli attori sociali della rete e in particolare con le organizzazioni solidali presenti nel territorio, cioè con le forme di cittadinanza attiva nella tutela dei soggetti deboli e nella promozione dei loro diritti.

Il cittadino rivolgendosi al segretariato sociale, oltre ad avere informazione, e orientamento nel sistema di offerta pubblica, solidaristica e di auto-aiuto presente nel *welfare* locale, potrà avere informazioni anche sui soggetti privati che erogano servizi a pagamento, sulle tariffe praticate e sulle caratteristiche dei servizi erogati.

Per svolgere le funzioni di segretariato sociale è necessario disporre di professionalità idonee, dotate delle competenze necessarie per riconoscere le ricadute organizzative, gestionali nonché le implicazioni tecnico-professionali di quanto viene proposto al cittadino.



Legge 27 dicembre **2002**, n. 289

Legge finanziaria 2003

Art. 46

(Fondo nazionale per le politiche sociali. Finanziamento della federazione maestri del lavoro)

3. Nei limiti delle risorse ripartibili del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenendo conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria, **con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono determinati i livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale.**



Legge 27 dicembre 2006, n. 296 Legge finanziaria 2007

264. Al fine di garantire l'attuazione **dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti**, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato "**Fondo per le non autosufficienze**", al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.



Fondo Nazionale per le Non Auto Sufficiente

Anno	FNNA
2007	100.000.000,00
2008	300.000.000,00
2009	400.000.000,00
2010	400.000.000,00
2011	100.000.000,00
2012	-



Fondo Nazionale per le Non Auto Sufficienze Riparto 2007

Articolo 2 (Finalità)

1. Nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'articolo 1 del presente decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell'art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, il cui raggiungimento è da realizzarsi gradualmente nel tempo e la cui piena definizione è rimandata ad altro provvedimento legislativo, nonché agli accordi in sede di Conferenza Unificata:

- a) previsione o rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- b) attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c) attivazione o rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarietà, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente;



Fondo Nazionale per le Non Auto Sufficienze Riparto 2008 - 2009

Articolo 2 (Finalità)

1. Nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'articolo 1 del presente decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell'art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, il cui raggiungimento è da realizzarsi gradualmente nel tempo e la cui piena definizione è rimandata ad altro provvedimento legislativo, nonché agli accordi in sede di Conferenza Unificata:

- a) previsione o rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- b) attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c) attivazione o rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarietà, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente;



Fondo Nazionale per le Non Auto Sufficienze Riparto 2010

Art. 2

Finalita'

1. Nel rispetto delle finalita' di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'articolo 1 del presente decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell'articolo 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili **ai livelli essenziali delle prestazioni**, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera f), della legge 5 maggio 2009, n. 42:

- a) attivazione o rafforzamento della rete territoriale ed extra-ospedaliera di offerta di interventi e servizi per la presa in carico personalizzata delle persone non autosufficienti, favorendo la permanenza a domicilio e in ogni caso l'appropriatezza dell'intervento, e con la programmazione degli interventi sociali integrata con la programmazione sanitaria;
- b) attivazione o rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia anche attraverso l'incremento delle ore di assistenza tutelare e/ o l'incremento delle persone prese in carico sul territorio regionale. Eventuali trasferimenti monetari sono condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base di un progetto personalizzato e in tal senso monitorati.



Legge 5 maggio 2009, n. 42

"Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"

Art. 2.

(Oggetto e finalità)

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi aventi ad oggetto l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, al fine di assicurare, attraverso la definizione dei principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario e la definizione della perequazione, l'autonomia finanziaria di comuni, province, città metropolitane e regioni.

2. Fermi restando gli specifici principi e criteri direttivi stabiliti dalle disposizioni di cui agli articoli 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28 e 29, i decreti legislativi di cui al comma 1 del presente articolo sono informati ai seguenti principi e criteri direttivi generali:

f) determinazione del costo e del fabbisogno *standard* quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; **definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni o alle funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettere m) e p), della Costituzione;**



Fondo Nazionale per le Non Auto Sufficienze Riparto 2011

Art. 2 Finalita'

1. Nel rispetto delle finalita' di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'art. 1 del presente decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari **in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica**, in coerenza con l'art. 4 dell'accordo in Conferenza Unificata del 25 maggio 2011 e, in particolare, al fine di evitare fratture nella continuit  assistenziale e condizioni di improprio abbandono delle famiglie, attraverso:

- a) progetti finalizzati a realizzare o potenziare percorsi assistenziali domiciliari che consentano una presa in carico globale della persona affetta e dei suoi familiari, atteso che il domicilio della persona con SLA rappresenta il luogo d'elezione per l'assistenza per la gran parte del corso della malattia;
- b) interventi volti a garantire il necessario supporto di assistenti familiari per un numero di ore corrispondente alle differenti criticit  emergenti con l'evoluzione della malattia, inclusa l'attivazione di specifici percorsi formativi per assistenti familiari per pazienti affetti da SLA che coprano gli aspetti legati alle diverse aree di bisogno (motoria, respiratoria, nutrizionale, della comunicazione, della dimensione domiciliare);
- c) interventi volti al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato in tal senso monitorato.



Home Care Premium 2012

**Duecento Realtà
Un Solo ...
? Dovere ?
? Sogno ?
? Opportunità ?**



Home Care Premium 2012

Al Progetto **Home Care Premium 2012** hanno aderito **188 Soggetti Pubblici**, Regioni, Ambiti Territoriali Sociali, ASL, Consorzi e ASP di Servizi alla Persona, a copertura di oltre metà del territorio nazionale, per la costruzione di un **modello innovativo, sperimentale e sostenibile di assistenza domiciliare** alla condizione di Non auto sufficienza, fondato su **livelli essenziali di intervento, uniformi per l'intera platea di beneficiari**, ovunque residenti, basato sulla responsabilità della rete pubblica e socio familiare, con il coinvolgimento attivo di ogni Ente Pubblico e Privato utile al suo sviluppo, Enti di Patronato, Organizzazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, CAF, Centri per l'impiego.

Il **Modello** fonda le proprie radici sugli Indirizzi e Principi presenti nelle normative Costituzionali, nazionali e regionali e sulle migliori esperienze e pratiche consolidate in ciascun ambito locale di intervento.

Alla costruzione del Modello concorrono centinaia di funzionari pubblici e rappresentanti del terzo settore, che, quotidianamente, con dedizione e competenza gestiscono la rete dei servizi sociali e assistenziali.



Home Care Premium 2012

Regolamento di Adesione



Soggetti Beneficiari

I soggetti beneficiari delle prestazioni socio assistenziali dovranno necessariamente essere:

dipendenti e pensionati pubblici, utenti della GEI,
i loro **coniugi conviventi (anche separati)**
e **i loro familiari di primo grado**,

non auto sufficienti, residenti nell'ambito territoriale del soggetto aderente.

E' comunque beneficiario il soggetto non auto sufficiente residente nell'ambito, anche nel caso in cui il "dante causa" (**dipendente o pensionato pubblico**, utente della Gestione Ex INPDAP) non lo sia.

Le verifiche amministrative, relative alle condizioni di cui sopra, sono a cura dell'Istituto.



La Domanda di Assistenza

La domanda, a cura del medesimo soggetto Non Auto Sufficiente o a cura del familiare o dell'Amministratore di sostegno o del Soggetto Proponente, sarà presentata attraverso il portale dell'Istituto nella specifica sezione del sito dedicata al Progetto.

Considerata la specificità dell'utenza assistita la richiesta potrà avvenire anche attraverso il contact center telefonico dell'Istituto o attraverso i Patronati convenzionati con l'Istituto.

Nel caso di giovani minori la domanda sarà presentata dal genitore “dante causa” o nel caso di orfano, dal genitore “superstite” o dal tutore. In ogni caso, qualsiasi sia il canale sopra descritto utilizzato, la domanda verrà trasmessa attraverso i **Servizi in Linea** presenti sul portale on line dell'Istituto.

Il Soggetto Proponente avrà accesso riservato alla procedura di inserimento e gestione istanze.

La Domanda di Assistenza conterrà gli elementi minimi per le verifiche di ammissibilità amministrativa (relative alle condizioni di cui sopra).



Istruttoria delle Domande

Le istanze verranno valutate, per le condizioni di ammissibilità «ammnistrativa», dalla struttura della Direzione Regionale INPS Gestione Ex Inpdap competente che, dopo la verifica, ne autorizzerà la “presa in carico”, con l’avvio delle procedure relative a tutte alle fasi di valutazione e ammissione alle prestazioni.

In fase di istruttoria, saranno acquisiti “in automatico”, attraverso le banche dati dell’istituto, eventuali **Certificazioni Legge 104**, i valori **dell’Attestazione ISEE**, l’eventuale beneficio di indennità di **accompagnamento o indennità di frequenza** relativi al soggetto richiedente.

I suddetti dati potranno essere trascritti immediatamente nella “pratica on line” del richiedente.



La Presa in Carico a Sportello

Saranno trasmesse le sole domande con ISEE Certificato.

La presa in carico dovrà avvenire in **ordine cronologico** di arrivo delle istanze, positivamente istruite, “a sportello” **senza la previsione di un bando di concorso e relative graduatorie**, fatta salva l'immediata presa in carico di soggetti già beneficiari di precedenti progetti HCP che transiteranno automaticamente al nuovo modello assistenziale, alla conclusione del proprio Programma assistenziale come definito con i precedenti Accordi (transito che può avvenire anche dopo il 30 settembre 2013 con un nuovo Programma Socio Assistenziale, comunque, valido fino al 30 settembre 2014).

Il transito comporta obbligatoriamente la riformulazione del Programma secondo le previsioni del Presente Regolamento.



Definizione di persona NON auto sufficiente Soggetti adulti (anche anziani).

Per la gestione del presente progetto, si definisce NON auto sufficiente il soggetto NON autonomo nello svolgimento di **una o più** delle attività quotidiane di natura personale o sociale, all'interno o all'esterno del proprio domicilio.

Per la realizzazione del Progetto HCP 2012, le attività quotidiane di natura personale e sociale, svolte all'interno e all'esterno del proprio domicilio, da valutarsi per la classificazione dei soggetti beneficiari, sono le 12 definite nel Regolamento.



1	Mobilità domestica	Valutazione della capacità di mobilità domestica nell'alzata e rimessa a letto, nella mobilità all'interno del domicilio durante la giornata, anche con l'ausilio di supporti.
2	Igiene personale	Valutazione della capacità di avere cura della propria igiene personale, di fare il bagno/doccia. Nel caso di soggetti allettati, necessità di interventi di spugnatura.
3	Toilette	Valutazione della capacità di andare autonomamente in bagno, di pulirsi e rivestirsi. Continenza e incontinenza
4	Vestizione	Valutazione della capacità di vestirsi autonomamente
5	Alimentazione	Valutazione della capacità di alimentarsi autonomamente in maniera costante e adeguata
6	Preparazione pasti	Valutazione della capacità di prepararsi i pasti
7	Assunzione farmaci	Valutazione dell'autonomia di una corretta assunzione farmacologica
8	Housekeeping	Valutazione della capacità di governo della casa, delle pulizie domestiche, delle funzioni di lavanderia della propria biancheria e indumenti
9	Riposo notturno	Valutazione della necessità di eventuale assistenza e monitoraggio durante il riposo notturno
10	Uso telefono e strumenti di alert	Valutazione della capacità di uso del telefono e degli strumenti di comunicazione di alert.
11	Mobilità extra domiciliare. Spesa	Valutazione della capacità e autonomia di mobilità extra domiciliare quotidiana anche per l'acquisto dei generi di primaria necessità.
12	Uso del denaro	Valutazione della capacità di disporre del proprio denaro e patrimonio oltre le spese di prima necessità quotidiana.



Le Attività di Vita Quotidiana identificate così come le modalità di analisi e valutazione del grado di NON auto sufficienza e la formulazione del Programma Socio Assistenziale Familiare sono

ESCLUSIVAMENTE

strumentali al presente Progetto e al perseguimento dei suoi obiettivi, senza alcuna volontà di assurgere a documentazione scientifica e disciplinare nel campo socio assistenziale e sanitario.



Nel caso di **soggetti adulti**, la valutazione del grado di NON autosufficienza verrà, pertanto, effettuata utilizzando esclusivamente **la scheda di cui all'allegato 2**, verificando le condizioni definite nella Colonna C "Valutazione", per ciascuna delle attività quotidiane sopra definite.

Risulta evidente che l'utilizzo di una specifica scheda di valutazione per la gestione del Progetto Home Care Premium 2012 possa generare confusione o sovrapposizione con le attuali metodologie di valutazioni presenti in ciascun ambito territoriale, anche con la conseguente eventuale necessità di predisporre ulteriori momenti formativi e di confronto presso i case/care manager, ma l'obiettivo fondamentale dell'Istituto è attuare un modello di sostegno economico e di servizio uniforme in favore dei propri utenti, in qualsiasi ambito residenti.

In ogni caso nella definizione dei budget progettuali si è tenuto conto dello sforzo organizzativo per procedere in tal senso.



Colonna A	Colonna B	Colonna C	Colonna D	E	F	G	Colonna F	
ADL	Descrizione	Valutazione	Prestazione Prevalente	*	V.P.	P.	Programma Socio Assistenziale Familiare	
1 Mobilità domestica	Valutazione della capacità di mobilità domestica nell'alzata e rimessa a letto, nella mobilità all'interno del domicilio durante la giornata	Piena mobilità domestica	Nessuna					
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula per casa autonomamente	Servizi Pubblici		0			
			Cure Familiari		0			
			Familiare Non convivente		1			
			Volontariato		2			
			Assistente familiare domiciliare		3			
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula con difficoltà per casa	Servizi Pubblici		0			
			Cure Familiari		1			
			Familiare Non convivente		2			
			Volontariato		4			
			Assistente familiare domiciliare		6			
		Non si alza dal letto	Servizi Pubblici		0			
			Cure Familiari		2			
			Familiare Non convivente		3			
			Volontariato		6			
Assistente familiare domiciliare			10					
2 Igiene personale	Valutazione della capacità di avere cura della propria igiene personale, di fare il bagno/doccia. Nel caso di soggetti allettati, interventi di spugnatura	E' auto sufficiente/fa il bagno doccia da solo.	Nessuna					
		E' parzialmente auto sufficiente, necessità di assistenza per la pulizia di parti del corpo o di accesso alla vasca.	Servizi Pubblici		0			
			Cure Familiari		0			
			Familiare Non convivente		2			
			Volontariato		3			
			Assistente familiare		4			
Necessita di assistenza	Servizi Pubblici		0					



.... ma l'obiettivo fondamentale dell'Istituto è attuare un modello di sostegno economico e di servizio uniforme in favore dei propri utenti, in qualsiasi ambito residenti.



Il Case/Care Manager

Per la definizione del Progetto HCP 2012, la valutazione verrà effettuata **dall'Assistente Sociale** indicato dal Soggetto Proponente, definito “**Case/Care Manager**” con il coinvolgimento attivo del medesimo soggetto NON auto sufficiente (laddove possibile), dei suoi familiari ed eventualmente del medico di famiglia, oltre ad eventuali figure professionali ritenute opportune dal Soggetto Proponente.

Nel caso di assenza di familiari, è preferibile, sin dalla presa in carico o dall'avvio della valutazione e definizione del Programma socio assistenziale di intervento, laddove possibile, identificare un “**amministratore di sostegno**”, così come definito dalla Legge 6/2004.

Alla visita di valutazione **potrà** essere presente un funzionario dell'Istituto, con i soli compiti di monitoraggio e azioni di customer care (senza, quindi, alcun ruolo, funzione e responsabilità circa le fasi di valutazione e definizione del Programma Socio Assistenziale).

La valutazione potrà essere svolta, preferibilmente, presso il domicilio del soggetto NON auto sufficiente o presso le strutture del soggetto proponente o presso lo Studio del Medico di famiglia.

La valutazione di cui al presente Punto è funzionale all'ammissione ai benefici HCP 2012 a carico dell'Istituto.



Altre Unità di Valutazione

Nel caso in cui il Soggetto Proponente preferisca inserire la Valutazione in un più ampio programma di valutazione e intervento, a cura e a carico dell'Amministrazione Pubblica, o voglia, comunque, delegare la valutazione ad altro nucleo di competenza, la “visita” potrà, senza dubbio, essere effettuata da **Unità di Valutazione Multidimensionale** già presenti e funzionanti nell'ambito territoriale di riferimento.

L'Istituto NON riconoscerà, comunque, alcun onere aggiuntivo.

Resta salvo il fatto che per la definizione dei benefici HCP 2012 dovrà essere utilizzata, anche nel caso di Unità di Valutazione alternative a quella proposta, **la Scheda di cui all'allegato 2.**



Analisi della Condizione

Ipotesi di Soluzione



Il Catalogo delle Prestazioni. Le Prestazioni Prevalenti.

Contestualmente alla valutazione quantitativa e qualitativa del grado di Non auto sufficienza, relativamente a ciascuna delle 12 attività di vita quotidiana, durante l'incontro o in eventuali successi, si dovrà verificare le corrispondenti modalità, effettive o potenziali di supporto alle necessità assistenziali relative a ciascuna delle inabilità rilevate, tra quelle inserite nel **Catalogo delle Prestazioni**.

All'uopo, ne sono stati identificate 5 "**Prevalenti**", si veda Colonna D dell'allegato 2, alla voce "**Catalogo delle Prestazioni**".



Il Catalogo delle Prestazioni. Le Prestazioni Prevalenti.

L'elencazione delle Prestazioni prevalenti è consequenziale, per gradi di bisogno crescenti, dove la risorsa successiva supporta, integra o sostituisce la/le precedenti:

Servizi Pubblici: l'incapacità funzionale è o può essere **integralmente** supportata dall'intervento dell'amministrazione pubblica;

Familiare Convivente: l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai "Servizi Pubblici" (come sopra definiti), ma **DEVE e PUO'** essere anche supportata e/o integrata da un familiare convivente, attraverso le cosiddette "cure familiari" (esempio coniuge, genitore, figlio, fratello, sorella, soggetto convivente, etc.). In tale ambito sono considerate anche le formule di convivenza "informale";



Il Catalogo delle Prestazioni. Le Prestazioni Prevalenti.

Familiare NON Convivente: l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai “Servizi Pubblici” (come sopra definiti) e/o da “cure familiari”, ma DEVE e può essere supportata e/o integrata anche da un familiare NON convivente (esempio genitore, figlio, fratello, sorella, etc.);

Volontariato: l'incapacità funzionale NON è o non può essere integralmente supportata dalle risorse sopra definite ma deve e può essere **supportato, integrato o sostituito** anche dall'intervento di forme di affido, di volontariato, vicinato, prossimità. In tale ambito sono classificate anche le formule di affido presso il domicilio del medesimo affidatario;

Assistente Familiare: l'incapacità funzionale NON è o non può essere integralmente supportata da tutte le risorse come sopra definite ma deve e può essere supportato, integrato o, eventualmente, sostituito anche dall'intervento di un'Assistente Familiare.

Per la definizione, ruolo e funzioni dell'Assistente Familiare si fa riferimento al Repertorio Regionale delle Professioni laddove istituito.



Ai fini della gestione del Progetto, le Prestazioni sopra definite, per ciascuna delle 12 Attività Quotidiane, possono essere, per crescente grado di bisogno, complementari o alternative, comunque capaci di soddisfare e supportare integralmente le condizioni di NON auto sufficienza .



Il Punteggio assegnato a ciascuna Prestazione Prevalente, in corrispondenza di ogni Attività di vita quotidiana, ha una natura “economica” utile a rilevare il peso “tempo-costo” rapportato alla tipologia di intervento socio assistenziale.

P NON è un parametro strettamente connesso a rilevare il grado di NON auto sufficienza.

Il Punteggio così definito è stato introdotto strumentalmente alla definizione del contributo economico in favore degli utenti dell'Istituto.



Il Contributo Economico in favore della famiglia

Per l'acquisizione delle **Prestazioni Prevalenti**, mensilmente l'Istituto, a partire dal mese di attivazione del Programma Socio Assistenziale Familiare (non prima del giugno 2013) e per la durata di 12 mesi, salvo eventuali rinnovi degli accordi progettuali, riconoscerà al soggetto adulto beneficiario una somma così definita:

P	ISEE						
	0 - 8	8 - 16	16 - 24	24 - 32	32 - 40	40 - 48	48 -
96 - 120	1.200,00	1.000,00	800,00	600,00	400,00	200,00	0
73 - 95	900,00	700,00	500,00	350,00	200,00	0	0
59 - 72	600,00	500,00	400,00	200,00	0	0	0
36 - 58	300,00	250,00	200,00	0	0	0	0



Indennità di Accompagno o di Frequenza

Per la definizione del contributo, comunque, dalla somma così definita andrà sottratto il valore dell'eventuale indennità di accompagnamento o di frequenza eventualmente percepita.

Le somme così erogate sono esenti dall'Imposta sui Redditi delle Persone Fisiche, ai sensi dell'articolo 34 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 601 "Disciplina delle agevolazioni tributarie".

L'erogazione del contributo cessa con l'interruzione del Programma Socio Assistenziale derivante da qualsiasi causa.

Ricordiamo che il 10 % del valore complessivo dei contributi mensili erogati dall'Istituto ai soggetti beneficiari come sopra definito genera un budget aggiuntivo "**premium**" da destinare indifferentemente a spese gestionali, all'erogazione di prestazioni integrative o a prestazioni innovative anche Non disciplinate nel presente Regolamento.



L'erogazione del contributo, come sopra definito, a favore del beneficiario è, comunque, **condizionata** al fatto che:

nel caso in cui gli Interventi Socio assistenziali siano svolti da familiari (conviventi e non), l'Ente Aderente fornirà adeguati strumenti di **consulenza e formazione ai care givers con l'organizzazione di incontri "on the job" per un numero complessivo di ore pari a 12**. Sono ammessi e auspicati anche strumenti di formazione multimediali, di auto formazione e formazione a distanza;

nel caso in cui gli Interventi Socio Assistenziali siano supportati, integrati o sostituiti dall'intervento anche di forme di affido, volontariato, vicinato, prossimità, il Soggetto Proponente individuerà all'interno di uno Specifico Registro del **Volontariato Sociale** il soggetto o i soggetti che svolgeranno la funzione assistenziale.

Nei Punti successivi verranno evidenziate le modalità di istituzione del **Registro del Volontariato Sociale**, di formazione e remunerazione



nel caso in cui gli Interventi Socio Assistenziali siano supportati, integrati o sostituiti dall'intervento anche di **Assistenti Familiari**, l'erogazione è condizionata alla **regolare assunzione** da parte del soggetto beneficiario (o di suoi familiari o dell'amministratore di sostegno) dell'Assistente, anche attraverso forme di "somministrazione" da parte di soggetti accreditati (Agenzie di Lavoro), con il pagamento periodico delle spettanze e degli oneri previdenziali. Il soggetto che svolgerà la funzione assistenziale verrà individuato all'interno di uno Specifico **Registro Assistenti Familiari**.

La risorsa socio assistenziale individuata all'interno del Registro del Volontariato, attraverso le Associazioni ivi presenti, o dal Registro Assistenti familiari, anche attraverso Agenzie di Lavoro, Non dovrà avere un grado di parentela con il soggetto assistito pari o inferiore al **quarto**.

La regolarità dell'assunzione deve essere riferita all'effettivo impegno socio assistenziale senza alcun vincolo minimo o massimo di progetto.



Due Osservazioni:

Il rimborso delle attività di volontariato
a carico della famiglia

Il rimborso delle Cure familiari:
doveri civili, indennità di accompagnamento,
legge 104



Legge 11 agosto 1991, n. 266

Legge Quadro sul Volontariato

Art. 2 - Attività di volontariato

Ai fini della presente legge per attività di volontariato deve intendersi quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà.

L'attività del volontariato non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario.

Al volontario possono essere soltanto rimborsate dall'organizzazione di appartenenza le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata, entro limiti preventivamente stabiliti dalle organizzazioni stesse.

La qualità di volontario è incompatibile con qualsiasi forma di rapporto di lavoro subordinato o autonomo e con ogni altro rapporto di contenuto patrimoniale con l'organizzazione di cui fa parte.



Codice Civile, articoli da 433 a 448, relative agli “Alimenti”, e del Codice Penale agli articoli 570 “Violazione degli obblighi di assistenza familiare”



Le Prestazioni Integrative

Ad integrazione delle Prestazioni Socio Assistenziali Prevalenti, in fase di valutazione e definizione del Progetto Assistenziale, possono essere previste e inserite una o più delle seguenti prestazioni integrative:

Ad un prima lettura, sembrerebbe paradossale che tra le attività integrative compaiano i tradizionali strumenti socio assistenziali di intervento su cui si sono basati, sino ad oggi, i Piani d'azione.

Purtroppo, la realtà sociale ha dimostrato come, a causa della scarsità delle risorse economiche impiegate, tale forma d'intervento sia stata bypassata dai care givers familiari e informali, di cui l'intervento pubblico ne è divenuto una qualificata integrazione.



Le Prestazioni Integrative

OSS: l'eventuale fabbisogno di **intervento socio assistenziale specialistico da parte di Operatori Socio Sanitari (Assistenziali)**, a domicilio, di natura NON sanitaria, ad integrazione, indicati dall'ente aderente (anche per **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza**);

Per la definizione e le competenze dell'Operatore Socio Sanitario si rimanda a quanto definito nell'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001.

NON più di:

12 ore medie mensili, per ogni soggetto assistito, per l'eventuale **intervento socio assistenziale specialistico**, a domicilio, ad integrazione, da parte di operatori specializzati, indicati dall'ente aderente, eventualmente per attività di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza**;



Le Prestazioni Integrative

Centro diurno: l'eventuale fabbisogno di interventi socio assistenziali, di natura NON sanitaria, di **potenziamento delle abilità** (nel caso di giovani minori) e di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza** o interventi di **sollevio** (nel caso di soggetti adulti anche anziani), da svolgersi presso un **centro diurno**.

saranno integralmente a carico dell'istituto, fino a **8 incontri medi mensili**, per ogni soggetto assistito per l'eventuale intervento socio assistenziali di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza** o interventi di **sollevio**, da svolgersi presso un **centro diurno**;



Le Prestazioni Integrative

Sollievo: l'eventuale fabbisogno d'interventi di sollievo domiciliare anche per sostituzioni temporanee degli ordinari care givers;

Fino a 16 ore medie mensili, per ogni soggetto assistito, per l'eventuale intervento di sollievo domiciliare anche per sostituzioni temporanee degli ordinari care givers;



Le Prestazioni Integrative

Servizi di Accompagnamento/Trasporto: l'eventuale fabbisogno di servizi di accompagnamento/**trasporto** per specifici e particolari eventi (visite mediche, accesso al centro diurno, etc.);

8 servizi medi mensili, per ogni soggetto assistito, per l'eventuale fabbisogno di servizi di accompagnamento e trasporto per specifici e particolari eventi (visite mediche, accesso al centro diurno, etc.);

Pasto: l'eventuale necessità di consegna pasti a domicilio;
6 servizi settimanali (e fino a 24 al mese), per ogni soggetto assistito, per l'eventuale necessità di consegna pasti a domicilio (il costo del pasto è comunque a carico del soggetto beneficiario);



Le Prestazioni Integrative

Ausili: l'eventuale opportunità di installare a domicilio dotazioni e attrezzature (ausili) tali da ridurre il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore;

1 intervento, per ogni soggetto assistito, per l'eventuale di installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature tali da ridurre il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore;

Domotica: l'eventuale opportunità di installare a domicilio strumenti tecnologici di “domotica” atti a ridurre, anche in tal caso il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

1 strumento tecnologico di “domotica”, per ogni soggetto assistito, atto a ridurre, anche in tal caso il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.



Le Prestazioni Integrative. Limiti di erogazione

	Attività Accessoria	N-H	Max	S/N	Descrizione dell'intervento	Q
A	OSS	H	12			
B	Centro Diurno	N	8			
C	Sollievo	H	16			
D	Trasporto	N	8			
E	Pasti a domicilio	N	24			
F	Ausili	N	1			
G	Domotica	N	1			

Nella Tabella:

- la colonna N-H indica l'unità di misura della Prestazione se numerica o oraria;
- la colonna Max indica il **valore massimo** medio di intervento mensile previsto a progetto a carico dell'Istituto, **per ciascun soggetto assistito**;
- la colonna S/N indica l'opportunità di assegnazione della Prestazione definita in sede di valutazione;
- la colonna Descrizione dell'intervento contiene l'analisi sintetica della prestazione assegnata;
- la colonna Q indica la quantità assegnata di prestazione specifica in sede di elaborazione del Programma Socio Assistenziale.



Le Prestazioni Integrative. Limiti di erogazione

Per l'erogazione delle Prestazioni Integrative come sopra definite, l'Istituto riconoscerà all'Ente Aderente le tariffe standard definite dai vigenti provvedimenti territoriali.

In caso di assenza di vigenti disposizioni tariffari locali, si riconosceranno le seguenti **somme massime** di progetto (onnicomprensive di ogni onere e imposta):

Nel caso di giovani minori, l'accesso al centro diurno per attività di sviluppo e potenziamento delle abilità, potrà essere rendicontato fino al valore massimo di 70 euro al giorno (anche in considerazione del minor valore del contributo concedibile alle famiglie e della valenza di sviluppo del potenziale delle abilità).

Le attività possono essere erogate direttamente dal soggetto proponente o da loro affidatari o soggetti accreditati anche con l'uso di voucher.



	Attività Accessoria	N/H	P	Euro	Unità	S/N
A	OSS	H	12	20,00	Per ora di intervento	
B	Centro Diurno	N	8	35,00	Per giornata di ospitalità	
C	Sollievo	H	16	12,00	Per ora di intervento	
D	Accompagno/ Trasporto	N	8	35,00	Per servizio	
E	Pasti a domicilio	N	24	2,00	Per consegna	
F	Ausili	N	1	200,00	Quota per Intervento Una tantum	
G	Domotica	N	1	400,00	Quota per Intervento Una tantum	



Per l'attivazione delle **Prestazioni Integrative** ogni soggetto (adulto anche anziano) beneficiario “dispone” di un valore **massimo** di “budget” di intervento, **ANNUO**, a carico dell'Istituto, in favore del Soggetto Proponente variabile rispetto all'ISEE e dal grado e tipologia di NON auto sufficienza:

	ISEE						
	0 - 8.000	8 - 16	16 - 24	24 - 32	32 - 40	40 - 48	48 -
96 - 120	3.000,00	2.600,00	2.200,00	1.800,00	1.400,00	1.000,00	600,00
73 - 95	2.500,00	2.000,00	1.500,00	1.000,00	500,00	0	0
59 - 72	2.000,00	1.500,00	1.000,00	500,00	0	0	0
36 - 58	1.500,00	1.000,00	500,00	0	0	0	0
?	?	?	?	?			



Il Soggetto Proponente dispone, per l'attivazione e gestione delle Prestazioni Accessorie, comunque, di un budget complessivo di Progetto, a carico dell'Istituto, come sopra definito,
NON superiore a 400.000,00 euro
(a cui potrà essere sommato il Premium definito a fine progetto).



Il Programma Socio Assistenziale Familiare

Al termine delle valutazioni e verifiche di cui sopra, preso atto delle opportunità e delle condizioni di accesso alle prestazioni, il **Case/Care manager** individuato dal Soggetto Proponente (Assistente Sociale) insieme al soggetto beneficiario Non Auto Sufficiente, ai suoi familiari o all'eventuale amministratore di sostegno e al medico di famiglia laddove presente, predispongono il **Programma Socio Assistenziale Familiare**.

Il Programma Socio Assistenziale Familiare certifica le **Prestazioni, rilevate dal Catalogo**, che supportano il beneficiario nelle proprie inabilità, relative a ciascuna delle attività quotidiane, descrivendone le modalità e i tempi di intervento, come rilevato ai precedenti Paragrafi, da cui si ricava anche l'eventuale contributo a favore delle famiglie e del Soggetto Proponente.

Per la redazione del Programma si utilizza la Colonna F "Programma", dell'allegato 2 o, nel caso di giovani minori, dell'allegato 3.



Il Patto Socio Assistenziale tra le parti

Al termine delle valutazioni e verifiche di cui sopra, rilevata la bontà e la sostenibilità dell'intervento, tra le parti, Soggetto Beneficiario (o familiari o amministratore di sostegno in sua vece), Ente Aderente e Istituto, verrà sottoscritto il Patto Socio Assistenziale Familiare.

Il Patto, predisposto utilizzando unicamente il prospetto successivamente distribuito ai Soggetti Proponenti, verrà elaborato sulla base delle previsioni socio assistenziali definite nell'allegato 2 o 3 (per giovani minori).



In particolare, il Patto identificherà le competenza in capo a ciascun soggetto:

Competono all'Ente aderente:

la presa in carico continuativa del soggetto non auto sufficiente e del nucleo familiare di riferimento, il monitoraggio dello status e l'eventuale aggiornamento del programma socio assistenziale familiare;

la formazione, la consulenza e il supporto ai componenti il nucleo dei familiari care givers;

la formazione, la consulenza e il supporto agli assistenti familiari, inseriti in uno specifico Registro di Ambito;

la formazione, la consulenza e il supporto alla rete di volontariato, inseriti in uno specifico Registro di Ambito;

l'erogazione delle eventuali Prestazioni Integrative definite nel Programma;

la rendicontazione delle attività.



In particolare, il Patto identificherà le competenza in capo a ciascun soggetto:

Competono all'Istituto:

Il versamento del contributo mensile diretto al soggetto beneficiario come sopra definito, per l'attivazione delle Prestazioni Prevalenti;

Il contributo all'Ente Aderente, per l'attivazione delle Prestazioni Accessorie;

il monitoraggio e controllo dell'attivazione e gestione del Programma Socio Assistenziale Familiare.



In particolare, il Patto identificherà le competenza in capo a ciascun soggetto:

Competono al soggetto beneficiario e suoi ai familiari:

identificazione del soggetto a cui verrà erogata il contributo a carico dell'Istituto;

la partecipazione alle attività in house di formazione.

la regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'Assistente Familiare e il pagamento delle retribuzioni e degli oneri;

gli oneri eventuali di gestione amministrativa del contratto di lavoro attraverso CAF convenzionato.



Attivazione del Programma.

Gli elementi essenziali del Patto assistenziale, come sopra definito, verranno inseriti nel sistema informatico dell'Istituto per la sua **APPROVAZIONE**, attivazione, per l'erogazione del contributo e per l'elaborazione delle rendicontazioni periodiche oltreché per il monitoraggio del budget disponibile.



Home Care Premium 2012

**Duecento Realtà
Un Solo ...
? Modello Gestionale ?**



Lo Sportello Sociale di Informazione e Consulenza Familiare

Il Soggetto Proponente si impegna ad attivare durante l'intero periodo progettuale, dal 1 marzo 2013 al 30 settembre 2014, uno o più Sportelli di Informazione e Consulenza Familiare, "sportello sociale/segretariato sociale", dedicato alle tematiche e problematiche afferenti la NON auto sufficienza propria e dei familiari. Lo Sportello organizza, eventualmente e periodicamente, incontri a tema di counseling, orientamento formazione e assistenza psicologica alle famiglie utenti.

Lo Sportello informa circa ogni iniziativa, opportunità e beneficio a supporto della condizione di NON auto sufficienza.



Lo Sportello Sociale di Informazione e Consulenza Familiare

Lo Sportello è aperto al pubblico almeno per 20 ore settimanali e dispone di uno specifico numero telefonico di contatto reperibile nei medesimi orari di apertura.

Lo Sportello attiva, laddove possibile e necessario, la presa in carico del nucleo familiare potenziale beneficiario delle prestazioni HCP 2012 e avvia le fasi di valutazione e pianificazione dei Programmi Socio Assistenziali Familiari da parte dei Case Manager (assistenti sociali), come definiti ai Precedenti Punti.

Lo Sportello, durante l'intero periodo progettuale, funge da interfaccia con le famiglie utenti progressivamente prese in carico, curandone ad esempio la prenotazione dei servizi di trasporto (laddove previsto e assegnato), l'accesso al centro diurno, le azioni di sollievo e sostituzione, la consegna dei pasti a domicilio, etc.



Lo Sportello Sociale di Informazione e Consulenza Familiare

Lo Sportello cura le attività di formazione dei care giver nel caso di intervento di familiare come definiti ai precedenti Punti (numero complessivo di ore pari a 12 per l'intero periodo progettuale).

Sono ammessi e auspicati anche strumenti di formazione multimediali, di auto formazione e formazione a distanza.

Lo Sportello svolge anche le funzioni di promozione e divulgazione delle opportunità connesse al Registro delle Assistenti Familiari e al Registro del Volontariato Sociale presso i potenziali soggetti interessati.

Laddove gli Sportelli Sociali, comunque denominati, siano già esistenti e funzionanti, l'Istituto riconoscerà i costi di "ampliamento" quantitativo e qualitativo dei Punti e delle attività, ammettendo a rendicontazione le spese di implementazione del modello.



Il Nucleo di competenza: i Case/Care Manager

Il Soggetto Proponente si impegna a disporre di un Nucleo di competenza formato da uno o più Assistenti Sociali in qualità di Case Manager che svolgono le funzioni di coordinamento delle attività di Valutazione del grado di NON autosufficienza nelle modalità sopra definite, la definizione delle Prestazioni Socio Assistenziali, la redazione del Programma Socio Assistenziale Familiare, la sottoscrizione, per conto del soggetto aderente del Patto Socio Assistenziale Familiare (come definito nei precedenti punti) e il costante monitoraggio dell'attività fino alla loro data di conclusione.

Laddove il “nucleo di competenza”, comunque denominato, sia già esistente e funzionante, l'Istituto riconoscerà i costi di “ampliamento” quantitativo e qualitativo dei funzionari e delle attività, ammettendo a rendicontazione le spese di implementazione del modello.



Registro Assistenti Familiari

Il Soggetto Proponente si impegna a predisporre un Registro (Albo, Elenco, etc.) degli Assistenti Familiari, relativo al proprio ambito di competenza.

Nel Registro compaiono anche eventuali soggetti **accreditati** nelle attività di “somministrazione” (Agenzie di Lavoro) di assistenti familiari aventi le medesime caratteristiche professionali e umane dei singoli soggetti iscritti.

Il soggetto beneficiario NON Auto Sufficiente riceverà il contributo economico identificato al Punto precedente esclusivamente nel caso in cui l’Assistente Familiare sia presente nel Registro o sia “somministrato” da soggetto accreditato, anch’esso presente nel Registro.

In caso di Assistente Familiare “somministrata” il costo a carico del soggetto beneficiario dovrà corrispondere alle spese sostenute nel caso di assunzione diretta oltre ad un marginale mark-up sociale di “somministrazione”

Al Registro dovranno essere iscritte persone con adeguata capacità acquisita “on the job” o a seguito di idoneo corso di formazione.

Nel caso in cui il beneficiario o i familiari individuino persona di fiducia eventualmente già presente e operante al domicilio, ne verrà predisposta l’iscrizione nel registro con la preventiva valutazione e integrazione degli skill definiti anche attraverso la frequenza ad un corso di formazione.

Laddove il “Registro Assistenti Familiari”, comunque denominato, sia già esistente e funzionante, all’interno dell’ambito o di un ampio territorio di competenza, l’Istituto riconoscerà i costi di “ampliamento” quantitativo e qualitativo dei funzionari e delle attività, ammettendo a rendicontazione le spese di implementazione del modello.



Gestione del Registro degli Assistenti Familiari.

La gestione del Registro degli Assistenti Familiari è affidata ad un gruppo di lavoro coordinato da un'Assistente sociale, con l'eventuale presenza di una Psicologa del lavoro, di un Mediatore Culturale e di altre figure utili alla funzione

Il Gruppo di lavoro, tra l'altro:

svolge attività di accoglienza e segretariato per le assistenti familiari, volta ad accertare il possesso dei requisiti per l'iscrizione al Registro;

definisce il profilo psico attitudinale delle assistenti familiari per rilevare le specifiche competenze;

organizza e gestisce i corsi di formazione per l'accesso al Registro;

svolge attività di accoglienza e consulenza alle famiglie per l'inserimento dell'Assistente familiare domiciliare anche con percorsi di formazione ad hoc rispetto allo specifico intervento;

svolge attività di accompagnamento all'inserimento domiciliare;

gestisce il costante monitoraggio dell'attività.

Per l'organizzazione e gestione del Registro, il Soggetto Proponente si avvalga della collaborazione del Centro Provinciale per l'Impiego, delle Agenzie di Formazione, delle Agenzie di Lavoro e dei CAF ciascuno per le proprie specifiche competenze.

In particolare, attraverso convenzioni ad hoc con i CAF, si potrebbe valutare l'opportunità di azzerare i costi di gestione del contratto di lavoro tra beneficiario e assistente familiare.



I Corsi di Formazione per Assistenti Familiari

L'iscrizione al Registro Assistenti familiari presuppone specifiche capacità professionali e umane acquisite "on the job" o attraverso la frequenza di Corso di Formazione.

Per la valutazione delle competenze e la predisposizione dei Corsi di formazione ad hoc, è necessario fare specifico riferimento al Repertorio delle Figure Professionali vigente nella Regione di competenza, nella parte che disciplina l'attività di Assistenza Familiare.

Ad esempio, i corsi potranno prevedere Elementi di igiene personale, Elementi di igiene ambientale, Elementi di igiene degli alimenti, Sicurezza e prevenzione negli ambienti domestici, Elementi di etica nei servizi alla persona, Caratteristiche psico-fisiche di persone con diversi livelli di auto-sufficienza, Educazione sanitaria, Elementi di Geriatria e Gerontologia, Educazione alimentare, Elementi di dietoterapia, Elementi di assistenza socio educativa, Elementi di gestione delle capacità residue, Sociologia della Famiglia, e nel caso di soggetti stranieri, Lingua Italiana e Cucina italiana e locale.

Possono essere utilizzati "moduli formativi" parti di un percorso più ampio di formazione (esempio Corso per OSS).

E' auspicabile l'utilizzo di modelli di formazione multimediale, a distanza, on the job e di auto formazione con la predisposizione e lo sviluppo di specifici strumenti.



Il Registro del Volontariato Sociale

Con simili modalità di cui ai Punti precedenti, è istituito il Registro del Volontariato Sociale. Al Registro sono iscritte le Associazioni di Volontariato, i Patronati e i Sindacati dei Pensionati che vogliono svolgere attività socio assistenziale di volontariato in favore di soggetti NON auto sufficienti.

In particolare, saranno attivamente coinvolti, in primis, attraverso le suddette Associazioni, i pensionati auto sufficienti della Gestione Ex Inpdap attraverso incontri tematici di orientamento e motivazione.

Attraverso il Registro del Volontariato Sociale transiteranno anche le formule di “affido anziani” e di interventi di prossimità e vicinato.

Le Associazioni iscritte nel Registro si impegnano, con il supporto del Soggetto Proponente a verificare l’idoneità del “volontario”, con l’eventuale svolgimento preventivo di percorso info/formativo.

~~Le attività svolte attraverso Associazioni di Volontariato, iscritte al presente registro saranno remunerati a cura e a carico del soggetto beneficiario con un rimborso spese forfettario di Progetto non superiore a 7,00 euro per ora di intervento.~~

Laddove il “Registro del Volontariato Sociale”, comunque denominato, sia già esistente e funzionante, l’Istituto riconoscerà i costi di “ampliamento” quantitativo e qualitativo dei funzionari e delle attività, ammettendo a rendicontazione le spese di implementazione del modello.



Le Attività di Promozione e Comunicazione

Il soggetto aderente si impegna, sin dal 1 marzo 2013, a promuovere l'iniziativa all'interno del proprio ambito territoriale di competenza, attraverso ogni strumento mediatico atto a coinvolgere i potenziali utenti e i loro familiari.

L'attività di comunicazione e informazione deve prevedere il coinvolgimento diretto dei Patronati presenti sul territorio e dei sindacati dei pensionati di categoria.

Il coinvolgimento potrà avvenire anche alla luce delle vigenti Convenzioni Nazionali tra l'Istituto e i medesimi Patronati.

In particolare, l'avvio del progetto sarà promosso attraverso una conferenza stampa congiunta, a cura e a carico del Soggetto Proponente in ambito territoriale.

A livello centrale verrà, comunque, attivata una campagna promozionale a livello nazionale con una sezione del sito istituzionale dedicata all'iniziativa e agli enti aderenti.



La Rete territoriale locale Home Care Premium

Il Soggetto Proponente promuove nel proprio ambito territoriale la costruzione di una rete progettuale con il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati identificati ai precedenti punti.

La rete ha l'obiettivo di massimizzare la concentrazione delle risorse sociali e delle conoscenze, in favore dell'assistenza alla condizione di non auto sufficienza e dell'insieme delle attività gestionali, amministrative, operative, burocratiche e amministrative ad essa connesse.



Legge 11 agosto 1991, n. 266

Legge Quadro sul Volontariato

Registri delle Organizzazioni di Volontariato istituiti dalle Regioni

Convenzioni

Legge 7 dicembre 2000, n. 383

Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale

Registri nazionali, regionali e provinciali

Convenzioni

Legge 30 marzo 2001, n. 152

Nuova disciplina per gli istituti di patronato e di assistenza sociale.

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 30 marzo 2001

Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'articolo 5 della legge 328.



La gestione del modello progettuale

Per l'adesione al Progetto Home Care Premium 2012, l'Istituto riconoscerà al Soggetto Proponente un contributo alle spese, rapportato al numero di soggetti assistiti (1.500,00 euro per utente), comunque, per un valore compreso tra i 100 mila e i 200 mila euro, oltre alle eventuali somme aggiuntive connesse all'attivazione e gestione delle "prestazioni accessorie" come definite ai precedenti specifici punti.

La gestione del modello prevede le attività specificatamente descritte nei successivi paragrafi e per le quali si potrà procedere con la rendicontazione delle spese ad esse afferenti, nei limiti sotto definite, in percentuale rispetto al budget complessivo (1.500 euro per assistito con un minimo, garantito, e massimo compresi tra 100 e 200 mila – con la possibilità da parte del Soggetto Proponente di richiedere una somma inferiore):



	Attività Gestionali	%
1	Sportello Sociale di Informazione	fino al 70 %
2	Nucleo di Competenza: case/care manager	fino al 70 %
3	Registro Assistenti Familiari	fino al 60 %
4	Registro Volontariato Sociale	fino al 30 %
5	Promozione e Divulgazione	dal 7 al 15 %
6	La Rete di Progetto	fino al 20 %
7	Formazione Soggetto Proponente	fino al 5 %



La somma complessivamente pattuita verrà liquidata attraverso un acconto, pari al 40 %, calcolato sulla sola somma massima connessa alla Gestione del Modello (fino a 200 mila euro), alla data di attivazione della Commissione Mista (da istituirsi entro il 31 gennaio 2013) e con quattro ulteriori versamenti a rendiconto delle attività effettivamente svolte, comprensive delle prestazioni integrative, alle date del 30 giugno 2013, 31 dicembre 2013, 31 maggio 2014 e 30 settembre 2014 (data ultima di conclusione delle attività progettuali). In fase di liquidazione delle somme periodiche a rendiconto verrà versato il 60 % del valore maturato rispetto ai costi di gestione, con il “virtuale” reintegro delle somme versate in acconto, oltre al reintegro dei costi per le attività integrative effettivamente erogate.



La formazione dei Soggetti Proponenti

L'adesione al Progetto Home Care Premium 2012 prevede periodici incontri di informazione, formazione e aggiornamento per la gestione delle attività previste dal presente Regolamento.

L'Istituto prevede che una parte dei costi ammessi a rendicontazione sia destinata alla partecipazione ai suddetti incontri da parte del personale individuato da ciascun soggetto proponente.

Si rileva, inoltre, come annualmente l'Istituto selezioni Corsi Universitari di Aggiornamento Professionale in favore di pubblici dipendenti.

Per l'anno 2013 sarà cura dell'Istituto e dei Soggetti Proponenti identificare specifici Corsi che, a livello regionale, possano qualificare ulteriormente i Dirigenti e i Funzionari responsabili del welfare di ambito.



Il Forum Home Care Premium 2012

Per massimizzare il coinvolgimento tra Istituto e Soggetti Proponenti, sia in fase di predisposizione degli Atti di partecipazione, sia in fase gestionale, per l'intera durata degli Accordi è attivo una specifico account sul social network **Facebook**, riservata agli operatori coinvolti.

Il riferimento è **HomeCarePremium**.

L'Ente Aderente autorizzerà l'accesso al suddetto social dalla postazione di lavoro dei funzionari all'uopo individuati.



La Rendicontazione dei costi sostenuti

Durante i periodici lavori della Commissione Mista, il Soggetto Proponente descriverà e renderà conto dello stato di avanzamento e dello svolgimento delle attività che hanno originato Costi come sopra descritti.

Il Soggetto Proponente, per l'erogazione delle Prestazioni Accessorie e per la gestione del modello, può procedere attraverso risorse interne o attraverso "service", attività affidate a terzi.

Per la **Rendicontazione dei Costi Interni** (ovvero sostenute con risorse e dotazioni proprie del Soggetto Proponente) sarà sufficiente presentare una dichiarazione del soggetto convenzionato ove venga analiticamente descritta la natura e la quantificazione del costo interno sostenuto, relativo alla specifica attività prevista a progetto.

Per la **rendicontazione dei costi gestionali e delle prestazioni integrative derivanti da attività affidate a terzi** sarà opportuno presentare copia del documento di addebito della prestazione emessa dal soggetto terzo, con il visto di "regolare esecuzione" da parte dell'ente partner.



Commissione Mista

In caso di ammissione al contributo e di sottoscrizione di Accordo di Programma, sarà istituita la Commissione Mista per il coordinamento, il monitoraggio, il controllo delle attività afferenti il Progetto.

La Commissione Mista procede con la validazione dei rendiconti come sopra definiti.

La Commissione è formata da 5 membri di cui 3 in rappresentanza di INPS Gestione Ex INPDAP e 2 per il Soggetto Aderente.

La Commissione è coordinata da uno dei rappresentati INPS Gestione Ex Inpdap.



Durata e Timing di Progetto

Commissione Mista

L'adesione al Progetto prevede l'avvio delle attività, con la costituzione della **Commissione Mista** di coordinamento progettuale, così come definita ai successivi Punti, **entro il 31 gennaio 2013**.

Comunicazione, Informazione e Consulenza alle famiglie

Le attività di comunicazione e consulenza alle famiglie utenti, come nei successivi punti definite, dovranno avviarsi entro **il 1 aprile 2013 e per l'intera durata progettuale**.



Durata e Timing di Progetto

Acquisizione domande e “presa in carico”. Avvio Programmi Socio Assistenziali

Le attività d'identificazione e “presa in carico” relativamente al numero minimo di soggetti beneficiari, cinquanta, dovrà avvenire entro **il 31 maggio 2013**.

In loro favore, i **Programmi socio assistenziali familiari**, come definiti nei successivi Punti, dovranno attivarsi **dal 1 giugno 2013**.

Nel caso in cui alla data del 1 giugno NON si raggiunga il numero minimo di utenti pari a 50, l'Accordo di Programma sarà revocato con la riversamento delle somme eventualmente già liquidate dall'Istituto a titolo di acconto per le spese NON ancora sostenute e/o non comprovate.

Per **utenti** si identificano i soggetti indistintamente beneficiari di Prestazioni Integrative o di Contributi economici per l'attivazione di Prestazioni Prevalenti o di entrambe le prestazioni.

L'identificazione e “presa in carico” di tutti i restanti soggetti beneficiari (definiti dal numero obiettivi indicato nella Proposta di adesione che eccede il numero minimo) potrà, comunque, avvenire entro il 30 settembre 2013, con l'avvio del Programma Socio Assistenziale dal mese successivo alla “presa in carico”.



Durata e Timing di Progetto

Durata Programmi Socio Assistenziali

I Programmi socio assistenziali familiari avranno durata annuale.

Eventuali soggetti che subentreranno successivamente alla data del 30 settembre 2013 godranno delle prestazioni assistenziali, comunque, fino al 30 settembre 2014, fatti salvi eventuali rinnovi progettuali.

I Programmi Socio Assistenziali Familiari possono essere elaborati per una durata inferiore, eventualmente rinnovabili fino al loro completamento annuale, laddove sia verificata la temporanea utilità.

Autorizzazioni in deroga

Eventuali autorizzazioni al differimento temporale dell'avvio dei Progetti Socio Assistenziali Individuali, per il mancato raggiungimento del numero minimo di utenti o autorizzazioni all'avvio, al 1 giugno, in favore di un numero inferiore di utenti, potranno essere concesse, laddove debitamente motivate, dalla Direzione Regionale Inps Gestione Ex Inpdap territorialmente competente.

Il budget come sopra indicato sarà, comunque, ridefinito, in sede di rendicontazione, rispetto all'effettivo numero di soggetti assistiti.



Home Care Premium 2012

**Duecento Realtà
Un Solo ...**

