

Home Care Premium 2012....

...non solo previdenza



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 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

Convenzione con gli Ambiti



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.



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.



Ai fini della gestione del Progetto, le Prestazioni 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 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.



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.

Il punteggio 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



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.



HCP 2012 - Le Prestazioni Integrative.

	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.



Per l'attivazione delle **Prestazioni Integrative (HCP 2012)** 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 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.



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.



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**



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).



	Attività Gestionali	
1	Sportello Sociale di Informazione	
2	Nucleo di Competenza: case/care manager	
3	Registro Assistenti Familiari	
4	Registro Volontariato Sociale	
5	Promozione e Divulgazione	
6	La Rete di Progetto	
7	Formazione Soggetto Proponente	



Home Care Premium
2012

...evolve e continua ...

Home Care Premium
2014