



2.12

POLITICHE E SOSTEGNI ALLA DOMICILIARITÀ

19.06.2013

INTRODUZIONE AL PROGETTO

L'analisi della struttura del sistema di welfare italiano a supporto dei bisogni di assistenza e supporto alla domiciliarità dei cittadini fragili e non autosufficienti evidenzia da tempo in modo acclarato che:

- Gli interventi pubblici (diretti o gestiti da terzi soggetti con risorse pubbliche) sono ormai residuali, sia rispetto alla totalità dell'offerta pubblico/privata, sia rispetto al bisogno complessivo di cura presso il domicilio;
- Le famiglie sono spesso lasciate sole nell'operazione di ricomposizione degli interventi (pubblici/privati, formali/informali, legali/illegali) necessari per rispondere in modo esaustivo al bisogno di cura e supporto a domicilio;
- Frammentazione, disomogeneità, scarsa equità, assenza di una valutazione dell'appropriatezza complessiva dell'insieme delle risposte, sono gli effetti dell'assenza di regia e orientamento unici e della definizione di standard di garanzia, in particolare, a tutela dei cittadini meno abbienti e con meno competenze di lettura del sistema di offerta.

Il processo di riposizionamento delle politiche a supporto della domiciliarità necessita di un disegno che, caratterizzato da una forte assunzione di responsabilità pubblica che eserciti una funzione di regia, orientamento e garanzia, strutturi e consolidi un rapporto dialogico con il sistema all'offerta privata. Tale offerta va intesa non solo come insieme di gestori che erogano servizi per conto delle Istituzioni pubbliche, ma come sistema che aggiunga risorse a quelle pubbliche, in una ricostruzione complessiva dell'offerta che abbia al centro una valutazione globale dei bisogni, la definizione di un menù di interventi che sia flessibile, garantisca un intervento minimo e superi l'asimmetria informativa strutturando un sistema di orientamento e accesso unico o almeno aggregato.

Anche se il tema della domiciliarità assume particolare rilevanza per quanto riguarda le persone anziane, è importante tenere presente che coinvolge anche altre fasce di popolazione quali, ad esempio, i minori, le persone disabili non per ragioni anagrafiche e i cittadini soli e fragili.

Dall'analisi del sistema di risposta pubblica emergono, inoltre, una forte disomogeneità, frammentazione e diversità di organizzazione territoriale. Nell'ultimo anno però, nella Provincia di Bologna, è stato avviato un profondo ripensamento della filosofia e delle modalità organizzative e procedurali che sottendono le politiche di domiciliarità pubblica. Tramite un lavoro condiviso tra ASL, Uffici di Piano, soggetti gestori e concertazione con le Organizzazioni Sindacali sono state definite linee di indirizzo omogenee per l'intero territorio provinciale per la valorizzazione del lavoro informale e privato all'interno della rete degli interventi a supporto della domiciliarità. L'obiettivo di questo percorso è, innanzitutto, la definizione di standard e di un sistema che superi la frammentazione ora presente e faciliti il dialogo tra soggetti pubblici e privati a favore di una risposta equa, appropriata, flessibile per i cittadini che necessitano di assistenza a domicilio.

Caratteristiche di strategicità del progetto

Il progetto si inserisce, quindi, in un quadro di significativo ripensamento delle politiche pubbliche di domiciliarità che vede, da un lato, un forte sostegno in questa direzione attraverso una

riorganizzazione procedurale e organizzativa del processo di presa in carico ed erogazione del servizio. Dall'altro, sta operando nella logica di valorizzare e inserire in un sistema di garanzia pubblico anche gli interventi del welfare privato (Agenzie per il Lavoro, famiglie che cercano assistenti famigliari private, ecc.).

Queste linee di indirizzo rappresentano l'attuale cornice di riferimento e si ritiene importante attivare un progetto strategico che approfondisca la riflessione per valutare se tipologie (approcci teorici, modelli organizzativi, ecc.) di intervento diverso potrebbero, da un lato, contribuire a rendere più efficaci le attuali politiche di domiciliarità (e, più in generale, di assistenza). Dall'altro, se potrebbero, in una prospettiva di medio - lungo termine, rappresentare un'integrazione stabile, parallela o, in alcuni casi, anche alternativa, agli attuali modelli di assistenza domiciliare e non.

La riflessione, oltre alla cornice rappresentata dalle attuali linee di indirizzo, si esprime a partire dalla condivisione di alcuni precisi paradigmi:

Paradigmi condivisi:

- **Il tema della domiciliarità non riguarda solo la cura degli anziani**, anche se questo è, oggi, il fenomeno maggioritario e più strutturato. Esiste anche un fenomeno che riguarda il tema della domiciliarità di minori disabili, ma anche di persone con patologie croniche, disabilità di natura non anagrafica, soggetti fragili e soli...
- **L'obiettivo non è scegliere un solo modello di offerta di servizi**, perché si ritiene che un'offerta varia e articolata, che convive per rispondere a bisogni diversi e flessibili della popolazione, possa rappresentare una ricchezza e un vantaggio per tutti. In particolare, è importante che ci sia un'offerta variegata di servizi, anche privati, che possono essere fruiti da persone non abbienti, innanzitutto tramite la ricostruzione del quadro complessivo sia dell'offerta sia della capacità economica del cittadino compresi i trasferimenti monetari pubblici che solitamente sfuggono alla pianificazione territoriale. Potrà essere quindi proposto un sistema flessibile di risposta basato su funzioni e relazioni chiare che possano costituire l'interfaccia unica per i cittadini;
- **Garanzia pubblica rispetto al dislivello informativo dei cittadini**: il soggetto pubblico deve, comunque, avere una funzione finalizzata a sostenere la decisione del cittadino nello scegliere/accettare il tipo di servizio /erogatore proposto. Ciò potrà essere realizzato, innanzitutto, attraverso la condivisione di standard a garanzia di omogeneità, equità d'accesso, appropriatezza e un orientamento al sistema complessivo di offerta di servizi pubblici e privati e di opportunità di supporto alla domiciliarità (care giver informali, valorizzazione del carico di cura dei famigliari, supporto del volontariato, forme solidaristiche e comunitarie dalla badante di condominio al cohousing...);
- Necessità di **attivare momenti e occasioni specifici e strutturati di analisi**, riflessione e proposta di definizione di diverse possibilità di servizi; modalità di erogazione, tipologie di soggetti erogatori.
- Sarà altresì necessario approfondire il tema della formazione degli operatori che devono essere in grado di gestire queste tipologie di servizi.

SEZIONE A: DESCRIZIONE DEL PROGETTO

1. Descrizione

a. obiettivi dell'intervento (indicare gli obiettivi generali)

Nel quadro delle modifiche che sta sostenendo il segmento pubblico nell'ambito delle politiche di domiciliarità e, nella condivisione di alcuni paradigmi di valore che vengono assunti come riferimento e come cornice, si propone di attivare un **Laboratorio di studio e progettazione** che abbia anche una valenza nazionale (e, in seconda battuta, europea) che:

- Approfondisca una serie di proposte che potrebbero affiancare e, in prospettiva, modificare l'attuale sistema di politiche di domiciliarità e, più in generale, di assistenza;
- Proponga sperimentazioni specifiche, anche in singoli territori dell'area metropolitana;
- Sviluppi progetti di fund raising;
- Proponga azioni di sensibilizzazione e informazione nei confronti della cittadinanza.

Il Laboratorio si muoverà su due distinti livelli:

1. Di **confronto/discussione sul sistema complessivo pubblico/privato a sostegno della domiciliarità di persone fragili e non autosufficienti**, che consenta di delineare le azioni strategiche necessarie nel medio/lungo termine per superare quella frammentazione e disomogeneità che non consente un accesso equo e flessibile dei cittadini al sistema complessivo di servizi pubblici e privati;
2. La definizione di specifici progetti che, nel breve periodo, possano essere proposti al finanziamento per la **sperimentazione di interventi** che superino innanzitutto la frammentazione tra pubblico e privato nella risposta al bisogno di assistenza a domicilio e garantiscano un accesso dei cittadini meno abbienti a un sistema minimo di offerta di assistenza e supporto alla domiciliarità, anche attraverso forme di attivazione dei contesti comunitari e di forme innovative di attivazione in una logica di welfare condiviso. In particolare, si fa riferimento alle proposte relative a:
 - Fondazione per il Welfare;
 - Sistema dei voucher di servizio (vedi allegato);
 - Servizi di assistenza (famigliare e altri servizi per la domiciliarità);
 - Valorizzazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari nella rete dei Servizi a supporto della domiciliarità;
 - Cohousing;

- Assistente familiare di condominio;
- ecc.

b. fasi di lavoro

- Identificazione delle organizzazioni (private, sindacali, di categoria, singole imprese, università) che offrono (o sono interessate a offrire, o hanno elaborato studi in materia) su modelli di welfare condivisi, integrativi, alternativi, con particolare attenzione ai servizi domiciliari per fasce specifiche di popolazione (anziani, persone con particolari svantaggi e disabilità) e ai servizi offerti in una logica di welfare aziendale. Il Laboratorio è aperto anche a soggetti non locali data la valenza nazionale (e, in seconda battuta, anche europea) del tema. Costituzione di un gruppo di lavoro;
- Attivazione del Laboratorio di riflessione che sviluppi le diverse proposte (sia già sperimentate, sia da sperimentare) evidenziandone vantaggi e svantaggi (punti di forza e punti di debolezza) rispetto ai principali attori coinvolti (cittadini, istituzioni competenti) e rispetto al contesto (sociale, economico, culturale) di riferimento. Eventuale costituzione di sottogruppi di lavoro;
- Sulla base del documento prodotto dal Laboratorio, attivazione di un confronto aperto ai cittadini sulle riflessioni emerse (coerenza rispetto ai bisogni, proposte integrative, ecc.);
- Identificazione di soggetti disposti a sperimentare modelli di intervento emersi nel Laboratorio, in modo da monitorarne e valutarne l'efficacia.

c. metodologia e strumenti

Il Laboratorio di studio e progettazione, almeno in prima battuta, svilupperà una riflessione autonoma rispetto a iniziative istituzionali già in essere su questi temi (nella fattispecie, il Laboratorio della CTSS che ha già elaborato le linee di indirizzo su Assistenti familiari e rete per la domiciliarità), al fine di poter approfondire tutti gli aspetti necessari senza doversi subito confrontare con dimensioni concrete di operatività. Successivamente, si tratterà di confrontare le riflessioni emerse con le istituzioni e i cittadini per contestualizzare eventuali proposte progettuali rispetto alla realtà e ai bisogni del territorio metropolitano.

Si prevede l'utilizzo di gruppi di lavoro, focus group, Open Space Technology per consentire la partecipazione anche di cittadini non organizzati.

d. risultati attesi (indicare cambiamenti osservabili e misurabili)

e. ambito territoriale di impatto del progetto/localizzazione

Area Metropolitana / Livello nazionale

2. Attori/Enti coinvolti e/o da coinvolgere

Denominazione ente/ associazione /organizzazione	Contributo al progetto	Già coinvolto nel progetto
Comune di Bologna		Sì
Provincia di Bologna		Sì
Comune di Casalecchio di Reno come referente di tutti i distretti socio-saniatri		Sì
Legacoop		Sì
CADIAI		Sì
Associazione Bologna 2016		Sì
Associazione Akmé		Sì
ASP IRIDES		Sì
CNA		Sì

3. Grado di maturità attuativa/istituzionale

É già in atto una prima sperimentazione (progetto pilota)?	No
É già presente uno studio di fattibilità operativa?	No
Se no, si può promuovere subito uno studio di fattibilità operativa?	Sì
Esiste l'esigenza di creare condizioni di contesto preliminari favorevoli? Quali?	No

4. Stima tempi di realizzazione (cronoprogramma)

SEZIONE B: ELEMENTI DI SPECIFICITÀ DEL PROGETTO

1. Se esiste, descrizione del progetto pilota

Ci sono alcune esperienze in essere che sono rappresentative dell'evoluzione che caratterizza oggi le politiche di domiciliarità pubblica.

Sono state di recente approvate le linee di indirizzo, per tutta la provincia di Bologna, per la valorizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nella rete della domiciliarità, che indirizzano in maniera omogenea l'attività pubblica in questo ambito.

È avviato il percorso per la definizione di un Protocollo sindacale a livello provinciale sul tema delle assistenti famigliari private ed è già operativo un accordo tra tutti i sette Distretti socio-sanitari e la Provincia di Bologna per inserire nel circuito della domiciliarità pubblica le assistenti famigliari intermedie direttamente per le famiglie (attraverso i Servizi pubblici per il Lavoro).

In questo nuovo quadro, in alcuni Distretti, è stato anche sperimentato un sistema di "accreditamento" delle Agenzie per il Lavoro che reperiscono le assistenti famigliari per coprire la parte di assistenza più difficilmente assicurata dai Servizi pubblici per il Lavoro (ad esempio, le esigenze di assistenza domiciliare breve, il cosiddetto "solievo temporaneo", ecc.) fornendo, in tal modo, un sostegno e una garanzia alla famiglia in una logica di "presa in carico globale".

Già dal 2009 il progetto Badabene del Comune di Bologna e il progetto Badando del Distretto di Casalecchio di Reno, e i relativi accordi sindacali, hanno consentito la sperimentazione di sistemi territoriali di contrasto al lavoro nero e strutturazione di un accesso unico al sistema complessivo di servizi pubblici e privati a sostegno della domiciliarità.

Grazie al contributo ricevuto tramite bando di INPDAP, entrambi i territori hanno poi potuto sperimentare a favore dei beneficiari di quest'istituto, fino al 2012, interventi (Badabene e Badando Sempre) che hanno consentito la messa a sistema sotto un'unica regia pubblica degli interventi pubblici, del lavoro di cura delle assistenti familiari private e dei contributi di INPDAP. Da quest'anno, inoltre, i Distretti di Bologna, Casalecchio di Reno, Pianura Est, San Lazzaro hanno aderito ad un Regolamento INPS sull'Assistenza domiciliare che consentirà di ricostruire tutto il panorama dei contributi che convergono sulla famiglia (assegno di cura, indennità di accompagnamento, ore pagate dai servizi sociali, volontariato, care giver informale) e costruire un PAI che tenga conto di tutti gli interventi a supporto della domiciliarità e la graduazione flessibile di questi. Su tale base INPS erogherà, da un lato, contributi direttamente alla famiglia, tenendo conto della valutazione sociale pubblica, del PAI e di tutte le risorse a disposizione della famiglia. Dall'altro, erogherà risorse a favore dell'Ambito sociosanitario per l'erogazione di interventi diretti o accreditati inseriti nel medesimo PAI.

È in atto una sperimentazione nel Quartiere Savena (Servizio Sociale Territoriale) e Ospedale Bellaria (Servizio Sociale Ospedaliero) di procedura semplificata che vede assistente domiciliare e infermiere del punto unico di accesso che fanno la valutazione del caso e lo assegnano ad un profilo. A questo punto il Giovanni XXIII, come punto unico di riferimento, mette in campo tutte le attività. Il Giovanni XXIII ha anche la sperimentazione INDAP sulle assistenti, quella del

Regolamento INPS ed è il punto unico di accesso. Questa centralizzazione dovrebbe garantire una presa in carico globale più efficiente e rapida.

Sperimentazione INPDAP (ASP Giovanni XXIII Bologna, Casalecchio...) che sta portando ad un Regolamento INPS su Assistenza domiciliare (tutta la provincia di Bologna tranne Pianura Ovest e Porretta ha aderito a questa sperimentazione de Regolamento). Il Comune avrà tutto il panorama dei contributi che convergono sulla famiglia (assegno di cura, indennità di accompagnamento, ore pagate dai servizi sociali, volontariato, care giver informale) e dovrà fare un PAI. Su questa base INPS erogherà i contributi direttamente alla famiglia, tenendo però conto del PAI e di tutte le risorse a disposizione della famiglia. Anche il Comune riceve risorse per questa sua attività. La sperimentazione partirà a breve.

Sono in atto sperimentazioni sul fronte dei servizi a sostegno della domiciliarità promossi direttamente da soggetti privati: Servizio "ComeTe" – Cooperativa Sociale CADIAI (Legacoop) e OBIETTIVO LAVORO. Il progetto, già in fase di sperimentazione sul territorio bolognese, intende fornire alla famiglia una ulteriore risposta ai bisogni di cura e assistenza (dall'infanzia alla non autosufficienza). Il servizio vuole offrire una risposta veloce, completa e qualificata ai bisogni di cura e assistenza (Anziani e non-autosufficienza; Bambini e Ragazzi; Casa e Famiglia). Nello specifico, oltre alla cura e all'assistenza al cliente, viene fornito un vero e proprio servizio di presa in carico e accompagnamento lungo tutto il percorso di cura.

2. Fattori critici di successo (FCS)

Descrizione dei FCS negativi (fattori, elementi, situazioni, posizioni, stati che possono compromettere il successo del progetto; probabilità che insorgano); contromisure previste:

Descrizione dei FCS positivi (fattori, elementi, situazioni, posizioni, stati che possono favorire il successo del progetto; probabilità che insorgano); misure previste:

I lavori del Laboratorio possono efficacemente contribuire a sostenere le Istituzioni competenti nella scelta dei modelli (metodologie e strumenti) da attivare per promuovere e consolidare politiche di domiciliarità e, più in generale,, modelli di welfare condivisi, integrativi, alternativi a quelli attuali.

La condivisione di questa riflessione con i cittadini interessati ha il pregio di diminuire (eliminare) l'asimmetria informativa che impatta negativamente sulla capacità e consapevolezza di scelta dei cittadini.

3. Stima soggetti interessati (se applicabile)

Breve descrizione dei soggetti interessati	Diretta/indiretta	Stima numerica

SEZIONE C: QUADRO ECONOMICO/SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

1.a Stima costi di realizzazione progetto

I costi sono da individuare, ma si prevede una onerosità finanziaria bassa/media. in prima istanza, richiede un soggetto terzo (assistenza tecnica) che animi e coordini i lavori finalizzandoli a eventuali sperimentazioni (la cui onerosità finanziaria è ovviamente meno bassa).

1.b Stima risorse umane necessarie per la realizzazione progetto

2. Costi "a regime" del progetto attuato (se applicabile)

- i. L'intervento prevede risparmi di gestione su altre linee di servizio e funzioni? (Sì/No)

Se sì, indicare quale servizio o funzione potrebbe essere interessato a risparmi di gestione e in che misura

Ente	Servizio o funzione	Stima dei risparmi annui

- ii. L'intervento prevede nuovi o maggiori costi di gestione di servizio e funzione? (Sì/No)

Se sì, indicare quale servizio o funzione potrebbe essere interessato a nuovi o maggiori costi di gestione e in che misura

Ente	Nuovo servizio (SI/NO)	Servizio o funzione	Stima dei nuovi o maggiori costi annui di gestione

3. Possibili Fonti finanziarie per la realizzazione del progetto (non applicabile ai progetti di sola regolazione o amministrazione)

Ente / soggetto pubblico	Asse e/o normativa di riferimento e/o riferimenti fondo	Già attivato/ da attivare	Altre risorse messe a disposizione (management, tecnologie, infrastrutture, ecc.)

Ente / organizzazione / associazione privata	Già attivato/ da attivare	Altre risorse messe a disposizione (management, tecnologie, infrastrutture, ecc.)

Finanziamento attraverso tariffe a carico dell'utenza finale	% sul costo totale

SEZIONE D: PROGETTI CONNESSI

1. Integrazione con altri progetti del medesimo o di altro Gruppo di lavoro (se applicabile)

Titolo del progetto	Indicare i vantaggi derivanti dalla sinergia/collegamento
Iniziativa per la promozione dell'internazionalizzazione del sistema Bologna	Il sistema della salute metropolitano/regionale sarà il primo terreno di sperimentazione del progetto.
Bologna del civismo responsabile: la cura dei luoghi e delle relazioni	Integrazioni su specifiche azioni
Ridisegno del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale	Studio e sperimentazione di interventi che superino la frammentazione pubblico – privato, garantendo un accesso ai cittadini fragili e nonautosufficienti a un sistema minimo di offerta.
Sostegno alle fragilità	Accesso ai cittadini fragili e nonautosufficienti a un sistema minimo di offerta.
Empowerment e comunità	Integrazione su specifici servizi
Prevenzione e Promozione della salute	Integrazioni su specifiche azioni
Le politiche di Welfare aziendale in un sistema di welfare condiviso	Sinergia con i servizi offerti nel campo della salute e della previdenza
Le case della salute come driver dell'innovazione nell'assistenza primaria di Bologna	Integrazioni su specifiche azioni e servizi
L'invecchiamento in salute e il benessere della persona come driver per lo sviluppo dell'innovazione del sistema salute	Laboratorio di analisi dei servizi di domiciliarità propedeutico per le attività a sostegno del progetto

2. Integrazione con progetti complementari (se applicabile)

Titolo del progetto	Indicato nel piano strategico metropolitano (SI/NO)	Indicare i vantaggi derivanti dalla sinergia/collegamento
P_BEC_4 - CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE SANITARIA DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA: Benchmarking Assistenza Domiciliare Appropriata	Sì	
P_BEC_5 – PROVINCIA DI BOLOGNA E ANCESCAO: Bologna 2021: anziani una risorsa per la comunità	Sì	
I_BEC_33 – LEGACOOOP e I_BEC_35 - CADIAI: Come Te servizi per la cura e il benessere della famiglia - servizio di assistenza domiciliare multi target	Sì	
I_BEC_2 – ASS. BOLOGNA 2016: Fondazione per il Welfare con particolare riferimento all'area della domiciliarità	Sì	
I_BEC_21 – ASS. AKMÉ: Gestione assistenza familiare "di prossimità"	Sì	
I_BEC_60– ASP IRIDES Affidato temporaneo minori stranieri non accompagnati	Sì	

Referenti/responsabili del progetto

Elenco Allegati (se presenti)

- Linee di indirizzo assistenti familiari e rete per la domiciliarità approvate dalla CTSS a Marzo del 2013 (con i relativi allegati.)
- Nuova domiciliarità servizi per gli anziani (CNA)