

biblioteca della scuola di impresa sociale  
[www.scuolaimpresasociale.org](http://www.scuolaimpresasociale.org)

## **VERSO UN WELFARE DOMICILIARE INTEGRATO E SOSTENIBILE**



pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto  
Foncoop avviso XVIII – ID I12S180114

E' consentita la libera riproduzione citando la fonte

biblioteca della scuola di impresa sociale  
[www.scuolaimpresasociale.org](http://www.scuolaimpresasociale.org)

## **VERSO UN WELFARE DOMICILIARE INTEGRATO E SOSTENIBILE**

pubblicazione realizzata nell'ambito del progetto  
Foncoop avviso XVIII – ID I12S180114



## INDICE

### *Premessa*

## PRIMA PARTE

- 1. Cosa si intende per non-autosufficienza?*
- 2. Assistenza domiciliare nel welfare sussidiario*
- 3. Cosa succede in Europa*
- 4. La cura delle persone non autosufficienti in Italia tra differenze geografiche e culturali*
  - 4.1 Il sistema domiciliare italiano*
    - 4.1.1 E il settore privato? Il caso di PrivatAssistenza*
    - 4.1.1 Chi paga le prestazioni?*
- 5. Il “Welfare Leggero” della Regione Lombardia*
- 6. Il nuovo sistema di accreditamento del Comune di Milano*
- 7. Alcune considerazioni*

## SECONDA PARTE

- 8. Una proposta di Business*
  - 8.1 Infrastruttura*
  - 8.1 Offerta*
  - 8.2 Clienti*
  - 8.3 Finanza*
- 9. Casi studio*
- 10. Raccomandazioni finali*

## BIBLIOGRAFIA

## DOCUMENTAZIONE



## *Premessa*

L'obiettivo di questa breve ricerca è di esplorare e provare ad immaginare nuovi modelli sostenibili di servizi di assistenza domiciliare e rinnovati modelli di erogazione dei servizi domiciliari nell'area metropolitana di Milano.

Nella prima parte si cercherà di trovare all'interno delle numerose definizioni sulla autosufficienza, fattore che caratterizza i principali servizi di assistenza domiciliare, e non-autosufficienza alcune caratteristiche comuni al fine di riuscire a formulare nuovi profili di servizi. Verranno brevemente elencate e analizzate le diverse realtà relative all'evoluzione e all'attuale situazione dell'assistenza domiciliare in Europa e in Italia. Saranno prese in esame sia le differenti norme legislative che regolano il settore, sia le realtà che erogano i servizi che la possibile evoluzione dei modelli di sostenibilità, attingendo ad esperienze terze ed a possibili innovazioni da sperimentare.

Nella seconda parte saranno proposte alcune raccomandazioni rivolte ai soggetti di impresa che più di tutti

sono chiamati a rinnovare i propri modelli di offerta, ci riferiamo alle cooperative ed imprese sociali, soprattutto negli ambiti che hanno finora visto i minori investimenti e rinnovamenti; la comunicazione, la promozione delle attività svolte, la partecipazione degli *stakeholder* alla progettazione di servizi e di nuovi possibili sviluppi economici.

La ricerca qui presentata è stata realizzata nell'ambito di un progetto finanziato da Foncoop – il fondo interprofessionale delle imprese cooperative – destinato a sostenere la riformulazione del modello di business di servizi domiciliari gestiti da imprese sociali milanesi, innovando il modello di servizi e riqualificando le competenze del capitale umano a disposizione.



## PRIMA PARTE



## 1. Cosa si intende per non-autosufficienza?

Molteplici sono le definizioni utilizzate nei lavori realizzati negli ultimi anni dai vari enti o istituzioni e associazioni sia nazionali che internazionali relativi alla definizione di non autosufficienza, a tal riguardo ne verranno riportate alcune.

Il Testo Unificato<sup>1</sup>, presentato alla Camera al fine di istituire un fondo per il sostegno dei non autosufficienti, afferma che: *"Sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'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"*.

All'interno dello studio pubblicato dall'Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia (IRER) su "Analisi di profili di autosufficienza/non autosufficienza" per autosufficienza si

---

<sup>1</sup> "Istituzione di un Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti" presentato da On. Battaglia, On. Di Virgilio, On. Castellani, On. Bindi, On. Valpiana alla XII Commissione Affari sociali nel 2004

intende *"uno stato di equilibrio in cui l'individuo si trova rispetto alle proprie risorse personali e ambientali, variabile in funzione della definizione storica e sociale sia delle capacità funzionali che danno all'individuo la possibilità di esercitare le sue attività nell'ambito della società in cui vive, sia delle risposte e supplenze che la società offre ed è disposta ad offrire"*. Qualora questo stato di equilibrio dovesse venir meno, la persona diventa non autosufficiente.

Il Movimento delle Associazioni del Volontariato Italiano, nel *"Progetto a favore delle famiglie in cui è presente una persona non autosufficiente"*, definisce come non autosufficienza *"una situazione patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, limitandone la vita di relazione, sociale e lavorativa. Infatti, la non autosufficienza è l'incapacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa della mancanza di energie e dei mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze. La valutazione della non autosufficienza coinvolge molteplici aspetti della vita della persona tra i quali la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione ambientale. La non autosufficienza implica una modificazione*

*nell'organizzazione della vita ed il sopraggiungere di nuove necessità, sia per chi sta male che per chi si prende cura di lui."*

Per quanto riguarda invece la definizione di non-autosufficienza, esistono diverse tipologie, quali: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana.

Per confinamento si intende la costrizione permanente a letto, su una sedia (non a rotelle) o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici. Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono soltanto a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliandosi il cibo.

Da ciò è possibile individuare caratteristiche comuni al punto da poter affermare che le persone non autosufficienti hanno

bisogno contemporaneamente di assistenza nella vita quotidiana quanto di cure sanitarie. Assistenza che è residenziale, ma soprattutto domiciliare, ad oggi la modalità assistenziale privilegiata da tutti i governi sia per contrastare il rischio di istituzionalizzazione sia per garantire agli anziani una migliore qualità della vita. Questi bisogni sono di pertinenza dei servizi sociali e dei servizi sanitari e non sono indipendenti gli uni dagli altri. Così la presa in carico della non autosufficienza si dovrebbe esercitare in modo concomitante ed integrato.

## *2. Assistenza domiciliare nel welfare sussidiario*

Ciò che qualifica il benessere della persona è la sua capacità di adattarsi all'ambiente e poter fruire delle opportunità che esso offre, pertanto godere di un buon grado di autonomia significa riuscire a fare affidamento su una certa quantità di relazioni che favoriscono la propria libertà. Il grado di autonomia fisica ha un peso determinante sulla percezione del proprio stato psicologico.

Il rischio, potrebbe perciò essere che gli anziani interessati da un processo degenerativo riportino il proprio stato di salute come causa di isolamento sociale. Diminuzione di vitalità, difficoltà di adattamento alle nuove richieste della realtà in cui si trova, fanno vivere la persona in una condizione di perdita della propria sicurezza e ciò provoca uno stato di isolamento sociale.

Al soggetto dovrebbe permanere la libertà di non subire un processo di decadimento, ovvero di trovare in esso spazi inediti di riflessività per qualche scelta di modalità di vita e di attività gradevole.

Ecco che si potrebbero identificare alcuni macro obiettivi dell'assistenza domiciliare, quali mantenere le persone non autosufficienti al proprio domicilio il più a lungo possibile, posticipandone il ricovero definitivo; fornire un concreto supporto e riferimento specialistico nella cura quotidiana e nella relazione con la persona non autosufficiente; costruire una rete efficiente di interventi socio-sanitari specialistici e integrati in modo da garantire una risposta concreta ed efficace ai bisogni.

Il sistema che ne deriva è un'organizzazione flessibile che permette di rispondere in maniera adeguata alle esigenze specifiche a seconda di quanto serve alla singola persona.

Ma cosa intendiamo nello specifico per servizi domiciliari? Comunemente, con tale etichetta si intendono tutte quelle misure che non prevedono lo spostamento dell'anziano dal proprio domicilio. Molti studi hanno individuato la casa come luogo preferito per le cure (Samaroo 1995; Porter 2004) sia sotto l'aspetto economico, sia per la possibilità di rispondere ai desideri dell'anziano, migliorando la sua qualità di vita attraverso il permanere nell'ambiente domestico. La casa, infatti, rappresenta: *“il luogo dove la maggior parte delle*



*persone sente di essere più spontanea, sincera, al centro della propria esistenza”, (Ruddick 1994) e ad essa viene riconosciuta una funzione attiva nel consentire al soggetto anziano e/o malato di recuperare le proprie capacità residue o almeno di mantenere la salute e l’autonomia relative.*

Quasi in maniera predominante ed esclusiva, sotto questa denominazione ricadono interventi, così definiti “leggeri” come il supporto domestico, la consegna di pasti a domicilio, la cura della persona, l’assistenza medico-infermieristica a casa del paziente anziano; esistono però forme di *home care* caratterizzate da una maggiore intensità della cura, quali l’ospedalizzazione a domicilio.

Tra le figure destinate all’assistenza domiciliare oggi più comuni a livello pubblico possiamo riscontrare i *caregiver* e i *custodi sociali*.

I caregiver non rappresentano solo dei meri prestatori di un servizio, ma soprattutto una persona di riferimento, su cui ricadono preoccupazioni e difficoltà. Si occupano della cura della persona, della loro quotidianità, si impegnano a dar voce ai bisogni materiali e psicologici, mettendo in campo disponibilità, ascolto e attenzione per favorire l’autonomia il

più a lungo possibile. La sua figura si colloca in una posizione intermedia tra quella dei familiari e quella della persona dipendente.

Per quanto riguarda il custode sociale, egli attua un controllo continuo con l'obiettivo della prevenzione sociale e sanitaria; ascolta le richieste e le problematiche e si attiva per la risoluzione; servizi (aiuti domestici, accompagnamento commissioni, acquisto generi..); intrattiene rapporti con la comunità; facilita accesso e utilizzo corretto dei servizi pubblici/privati sul territorio. Anche in questo caso le prestazioni vanno dalla cura della persona (igiene personale, aiuto nel momento dei pasti, movimento..) al controllo della casa (pulizia, preparazione pasti, lavaggio biancheria) alle incombenze extra-domestiche (disbrigo pratiche, pagamento bollette, visite mediche), ma a differenza di quanto succede per il caregiver il ruolo non è ricoperto da un familiare o parente prossimo.

### *3. Cosa succede in Europa*

I sistemi e l'organizzazione assistenziale presentano significative differenze nei vari paesi dell'Unione Europea sia per i modelli sanitari e sociali adottati sia per il modo in cui gli stessi si integrano e si coordinano. Al di là di queste divergenze, tutti i paesi devono comunque affrontare le questioni essenziali che si pongono nella presa in carico della non autosufficienza che sono costituite dall'esistenza di una offerta sufficientemente ampia di servizi alle persone anziane non autosufficienti, dall'esistenza di dispositivi mirati a sostenere l'assistenza informale e dalla determinazione del livello di prestazioni.

L'assistenza domiciliare è in genere erogata, con obiettivi e modalità diverse, e nella maggior parte da più soggetti all'interno di ogni singolo paese. Queste nazioni infatti dispongono delle seguenti grandi tipologie dei servizi domiciliari:

1. **assistenza domiciliare** mirante ad aiutare l'anziano non autosufficiente nelle attività della vita quotidiana e che viene

erogata dai comuni;

2. **cura domiciliare** che garantisce soprattutto assistenza infermieristica e riabilitativa erogata dalla organizzazione sanitaria preposta.

L'opinione prevalente in Europa considera l'assistenza a domicilio come un mezzo per migliorare la qualità della vita degli anziani e delle persone non autosufficienti in generale al fine di permettere loro di partecipare ad una vita sociale "normale" nei limiti del possibile. Ma ci sono anche altri orientamenti più o meno espliciti. Sono infatti almeno tre gli obiettivi adottati dai vari paesi in relazione alla promozione dei servizi domiciliari, quali:

1. migliorare la qualità della vita degli anziani e alleviare le famiglie di parte del carico assistenziale;
2. realizzare delle economie di spesa;
3. sostituire con l'assistenza domiciliare altre modalità e luoghi di cura, quali ospedali, strutture residenziali (OCDE 1996).

Nell'ultimo periodo l'introduzione di meccanismi di mercato è diventata una politica di fondo di numerosi paesi europei anche se in modo e con intensità diversa. Più forte in

Inghilterra dove, di fatto, si sta andando verso la privatizzazione di un settore in precedenza a prevalenza pubblica ed in Olanda dove l'innovazione ha effettivamente introdotto diversi meccanismi competitivi. Molto più debole in altri paesi come la Svezia e la Finlandia dove assistiamo a delle esternalizzazioni dei governi locali in presenza di convenienze economiche o in Danimarca dove il ricorso al mercato riguarda un segmento assai limitato (Rostgaard, 2001). Molti paesi dell'Unione Europea (come la Germania, l'Olanda, il Lussemburgo) sostengono da tempo l'economia mista dei servizi sociali mentre altri paesi vi si stanno avvicinando a grandi passi principalmente per problemi di ordine economico.

Le contrarietà che pure ci sono state nel passato oggi non si registrano più, ma si riscontra invece un ampio consenso sul ruolo centrale che deve assumere il terzo settore e, in misura minore, anche le organizzazioni for profit. Nel dibattito politico europeo l'opinione prevalente ritiene che in effetti forme di mercato e la competizione possano stimolare positivamente il settore offrendo la possibilità di scelta agli utenti e costringendo i fornitori ad avere adeguate attenzioni

verso le preferenze dei beneficiari (Munday, 2001).

Nonostante la continua evoluzione del settore, in tutta Europa vi rimangono ancora alcuni vuoti, soprattutto in certe fasi critiche di transizione, ed è di fronte all'indisponibilità di questi servizi che si inseriscono le attività prestate da familiari e amici (Hoffmann e Rodrigues 2010), che ricadono sotto la denominazione *informal care*.

Per quanto, invece, riguarda l'offerta di servizi, al momento attuale, i vari Paesi europei si trovano a differenti livelli di sviluppo degli interventi, delle prestazioni e della spesa per la cura agli anziani (Leichsenring 2009). Ciononostante, in termini generali, l'intera Europa si caratterizza per la disponibilità di un ampio spettro di interventi (Jamieson 1991) e la previsione per i prossimi 40 anni è quella di un incremento della spesa.

Le tipologie di servizi a disposizione di anziani e famiglie sono analoghe per tutti i Paesi europei, nonostante nei Paesi nordici quasi un terzo della spesa di *welfare* sia destinata al finanziamento dei servizi e negli altri prevalgano prestazioni in denaro. Studi comparativi hanno messo in luce che le principali differenze riguardano la disponibilità e la maggiore o

minore diffusione di una tipologia di servizi piuttosto che altri (Hugman 1994).

#### *4. La cura delle persone non autosufficienti in Italia tra differenze geografiche e culturali*

L'Italia ha il numero maggiore di anziani residenti in Europa, con un'incidenza del 19%; percentuale maggiore rispetto agli altri paesi al vertice della "classifica": la Germania (17,5%), la Grecia (17,5%), la Svezia (17,2%) ed il Belgio (17%). Le proiezioni demografiche dell'Unione Europea mostrano che a fronte di una piccola riduzione della popolazione europea complessiva si assisterà ad un consistente incremento della popolazione anziana, che, in cinquanta anni, dovrebbe aumentare da 74 a 127 milioni, inoltre la quota di ultraottantenni salirà a 38 milioni nel 2050 (Irs, 2006).

Rispetto ai Paesi dell'Europa del Nord, l'Italia presenta una minore diffusione dei servizi domiciliari e residenziali. In questo contesto di forte bisogno, l'intervento pubblico risulta pertanto circoscritto e le famiglie rappresentano nettamente la principale fonte di cura per gli anziani non autosufficienti, come pure per gli altri individui in difficoltà.

La percentuale di comuni coperti da assistenza domiciliare



socio assistenziale in Italia varia molto da Nord a Sud; se a Nord, infatti, la copertura è oltre il 90% a Sud è inferiore all'80% (il 73% dei comuni).

L'Italia, oltre a presentare una differenza marcata tra Regioni in termini di spesa e di efficacia nell'area sanitaria, registra, probabilmente di conseguenza, un'uguale eterogeneità in ambito assistenziale.

Il rapporto 2010 sulla non autosufficienza evidenzia che nell'assistenza domiciliare un gruppo di Regioni esprime buone performance nel Nord (Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Friuli Venezia Giulia), altre (Liguria, Bolzano, Trento, Piemonte, Valle d'Aosta) devono maggiormente investire nei servizi domiciliari. I fanalini di coda sono le Regioni del Sud (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia), con bassi livelli di assistenza.

#### *4.1 Il sistema domiciliare italiano*

La dimensione domiciliare delle cure e la varietà dei soggetti pubblici e privati interessati rivestono oggi un'importanza strategica. L'assistenza domiciliare nel corso degli ultimi decenni si è focalizzata, anche sollecitata dai problemi posti dalla non autosufficienza, nelle forme più complesse quali l'Assistenza domiciliare integrata (Adi). Nella quasi totalità delle Regioni italiane le cure domiciliari sono inserite nelle cure primarie e l'ambito in cui si pongono è il distretto socio sanitario che rappresenta nella sua dimensione territoriale anche il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale.

Come visto precedentemente, nel confronto regionale si collocano in ottima posizione le Regioni Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria, buona la collocazione delle due Regioni del Centro Sud Abruzzo e Basilicata, in posizione altrettanto soddisfacente Regioni come Veneto e Lombardia, a seguire Calabria, Campania, Sardegna e Sicilia.

Fra le caratteristiche che rendono le cure domiciliari di fatto

tutelanti e capaci di garantire una buona gestione del paziente, rientrano l'ampliamento di numero, qualità e tipologia di prestazioni attraverso varie professionalità, la fornitura di ausili a domicilio e l'allungamento delle fasce orarie e della reperibilità serale e nel week-end.

L'andamento della domanda di cure domiciliari è in costante aumento non solo nel numero totale di pazienti, ma anche per la loro complessità. Sono persone di qualunque età compromesse nel grado di autonomia per malattia, disabilità, che necessitano di interventi domiciliari qualificati per continuare a vivere nella propria abitazione.

Alcune tipologie più frequenti di pazienti sono:

- anziani con disabilità, affetti da demenza, esiti di fratture e/o di incidenti cerebrali, ecc.;
- pazienti oncologici;
- adulti con gravi patologie (es. SLA, SV, pazienti terminali, ecc.);
- con malattie rare;
- minori in età pediatrica con gravi patologie.

Gli anziani sono la tipologia numericamente più consistente di pazienti in carico.

In virtù di tale espansione del fenomeno vanno moltiplicandosi nel nostro paese esperienze regionali e locali di assegni di cura e voucher sociali, istituiti a livello nazionale con la legge 328/2000, attraverso l'articolo 16, che prevede l'assegno di cura, e l'articolo 17, che fa riferimento implicito ai voucher chiamandoli "titoli per l'acquisto dei servizi".

Alcune esperienze regionali avevano in verità preceduto la 328/00, in particolare il Veneto, che istituì un assegno di cura già a partire dai primi anni novanta.

Seguito dall'Emilia Romagna, più di recente dalla Liguria, dal Piemonte, dall'Umbria, dalla Sicilia. Le diverse esperienze si differenziano per diversità di destinatari, entità del trasferimento economico, grado di vincolo nell'uso del trasferimento stesso (Pavolini, 2004; Da Roit, 2005). Tali differenze si ripercuotono sui termini e gli strumenti usati. Possiamo comunque identificare un minimo comune denominatore come segue:

- a. *L'assegno di cura* è un trasferimento economico volto a sostenere un carico di cura familiare, solitamente dato dalla presenza di un soggetto fragile, non autosufficiente. Consiste in un assegno liberamente

spendibile dal cittadino e finalizzato a riconoscere economicamente l'attività di cura svolta dalla famiglia.

- b. Il *voucher* è il controvalore di una somma utilizzabile per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da soggetti accreditati. E' di fatto riconducibile ad un ticket spendibile per l'acquisto di determinati servizi, che viene perso se non è speso per acquistare il servizio corrispondente, preventivamente definito.

Nelle esperienze regionali si riscontra una terminologia molto varia. I termini assegno e voucher vengono seguiti da diverse espressioni: "di cura", "servizio", "socio-sanitario", "sociale", ecc., dando luogo molto spesso ad equivoci. La Liguria per esempio parla di assegni servizio, il Veneto ha tre tipi diversi di assegni di cura, tutti rivolti alla terza età, l'Emilia Romagna ha un assegno per le famiglie con un valore ISEE inferiore a 8.348 euro, il rimborso può salire fino al 50% delle spese sostenute. Il buono scuola in Lombardia è attualmente regolato dalla D.G.R. VIII/1817 del 2006.

Nonostante siano avvenuti grandi cambiamenti relativi all'organizzazione delle cure, alla base del sistema di cure stesso per gli anziani e le persone non autosufficienti in

generale, rimane sempre la famiglia, e in particolare le donne.

Questo fa sì che una delle risorse spesso utilizzate per la cura degli anziani non autosufficienti sia la badante; il peso assunto dalle assistenti familiari nell'assetto assistenziale è sempre maggiore e diventa necessaria una loro integrazione nel sistema. Il numero di assistenti familiari operanti in Italia è ancora di difficile quantificazione per due motivi principali. Innanzitutto si tratta di una attività esercitata spesso irregolarmente, in secondo luogo perché i dati ufficiali sui lavoratori regolari inglobano la categoria "badanti" all'interno di quella più ampia dei lavoratori domestici, dove sono inclusi anche coloro che si occupano della pulizia e della custodia delle abitazioni (Irs, 2008).

#### *FRIULI VENEZIA GIULIA*

Ha istituito l'ADI, per cui si intendono i programmi di assistenza domiciliare integrata cui partecipano il Servizio Infermieristico Domiciliare (con funzione di guida), i Medici di Medicina Generale, il Servizio Riabilitativo Domiciliare, il Servizio di Assistenza Domiciliare dei Comuni. Va precisato che per la fruizione dei Servizi

domiciliari non è obbligatoria la preliminare valutazione in UVD. Nella ricerca ci si è soffermati in particolare sulle attività del Servizio Infermieristico e Riabilitativo Domiciliare (denominati SID e SRD, rispettivamente), che rappresentano – insieme alle RSA – i Servizi territoriali di maggior peso attivati dai Distretti del Friuli Venezia Giulia. Va segnalato che il Distretto di Udine ha in corso una sperimentazione di assistenza domiciliare sulle 24 ore, realizzata in collaborazione con un soggetto privato convenzionato.

### *PIEMONTE*

Chiave di volta del processo assistenziale nel nuovo modello è l'integrazione socio-sanitaria, attraverso la quale gli operatori sanitari e sociali, attraverso l'utilizzo di strumenti specifici di valutazione, concordano e mettono in atto un piano di assistenza individualizzato. Attraverso questo strumento si realizza l'appropriatezza degli interventi, la continuità nelle cure, il supporto alla famiglia, l'ampliamento e il rafforzamento della rete integrata dei servizi, familiare e del volontariato, la formazione e la valorizzazione delle figure professionali

coinvolte. Questo modo di “pensare” l’assistenza introduce nelle Cure Domiciliari il concetto di “contratto terapeutico assistenziale”, quale sorta di “alleanza terapeutica” tra gli operatori, la persona malata e la famiglia, che consente, tra l’altro, attraverso la trasmissione ai familiari di alcune semplici, ma importanti competenze, di rassicurarli e di aiutarli (e indirettamente aiutare gli operatori sanitari) ad assistere la persona a casa nel modo più appropriato.



#### *4.1.1 ...e il settore privato? Il caso di PrivatAssistenza*

Per quanto riguarda il mercato privato, iniziano ad affacciarsi sulla scena nuovi attori pronti a colmare alcune delle lacune generate dal sistema sanitario nazionale e dalla riduzione della spesa pubblica. Tra le varie realtà emergenti, quella che sembra aver, ad oggi, un sistema vincente è PrivatAssistenza, la quale rappresenta con molta probabilità la prima rete nazionale di assistenza domiciliare. Una delle caratteristiche fondamentali, capaci di farla affermare sul territorio italiano la si può riscontrare tra i vari tipi di clienti che vi si rivolgono; infatti affianco ai cittadini affetti da non autosufficienza e ai loro familiari, vi sono le aziende health care (farmaceutiche..), enti pubblici , compagnie di assicurazioni.

Analizzando la loro struttura organizzativa, è possibile notare come oltre alla Divisione “PrivatAssistenza”, destinata alle forniture di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale, vi è una divisione chiamata “Sanità Integrativa”, che da un lato ha lo scopo di occuparsi di intervenire per conto delle agenzie assicurative e dei fondi sanitari, dall’altro quello di creare

partnership con aziende per promuovere programmi di welfare aziendale. Ma le convenzioni nel corso degli anni sono state create anche con molte aziende ospedaliere fino ad arrivare all'apertura di un centro PrivatAssistenza all'interno dell'Ospedale di Legnago.

Nel 2003 è stato istituito il Consorzio, che ha lo scopo di fornire alle cooperative consorziate servizi commerciali, tecnici e finanziari.

Nonostante i successi collezionati in questi anni, analizzando nel dettaglio la gestione dei rapporti di lavoro, emerge come vi sia una forte precarietà tra i vari collaboratori, il che se da un lato riesce a garantire al clienti prezzi competitivi, dall'altro a lungo termine potrebbe creare economie di scala negative.

#### *4.1.2 Chi paga le prestazioni?*

La Legge n. 328/00 prevede che i Comuni siano titolari delle funzioni gestionali ed amministrative degli interventi locali, nonché siano presenti nella programmazione regionale. Alle Regioni vengono demandati i compiti di coordinamento e programmazione degli interventi, mentre lo Stato determina i

principi e gli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano socio-sanitario.

Considerando che le risorse sono certamente insufficienti, sembra che la possibilità di accedere a forme di contribuzione pubbliche sia limitata alla fascia più povera della popolazione e che gli altri debbano provvedere in maniera autonoma, poiché per arrivare a coprire l'intera popolazione in stato di bisogno le risorse dovrebbero essere aumentate di almeno 15 miliardi di Euro entro il 2020.

Crisi, scarsità di risorse, difficoltà a programmare il futuro sono tematiche che investono tutti i programmi pubblici, ma rispetto ad altri l'area della non autosufficienza presenta alcune specificità. Innanzitutto, il forte aumento dei bisogni: le spinte socio-demografiche comportano una prospettiva di crescita incalzante della "questione anziani", un'accelerazione difficilmente sperimentabile in altri comparti pubblici. La crisi ha comportato un'inversione delle prospettive: in questo quadro, invece di espandersi, i canali di finanziamento del welfare locale si sono impoveriti. Infatti, negli anni più recenti le scelte di finanza pubblica hanno determinato una forte contrazione delle fonti di finanziamento dei servizi comunali e

l'interruzione del percorso di crescita della spesa sanitaria (Fargion, 2013).

L'introduzione di contributi monetari per la non autosufficienza da parte di regioni o comuni era stata tra le principali novità del welfare locale dello scorso decennio. Il fenomeno aveva ricevuto un particolare impulso dalla disponibilità del Fondo Nazionale per la non Autosufficienza (2007-2010), finanziamenti impiegati in molti contesti per riconoscere sussidi alle famiglie. Esaurito il sostegno dei fondi statali, la cancellazione di questi interventi si è già concretizzata in alcuni territori (es. numerosi ambiti distrettuali della Lombardia).

Per i richiedenti ciò comporta maggiori difficoltà all'ottenimento di questo diritto; aumentano così gli anziani bisognosi di assistenza che non riescono ad accedere ad alcun sostegno statale per la non autosufficienza.

In tempo di crisi cambiano anche le condizioni che – a livello locale – regolano l'accesso agli interventi pubblici. Si rimodula il *targeting* degli interventi, alle prese con la difficoltà di soddisfare domande sempre più diffuse, gli enti locali concentrano le proprie risposte su alcuni bisogni circoscritti e

riducono così la platea dei beneficiari. Ciò si verifica in particolar modo per le misure economiche a sostegno della domiciliarità alle quali oggi, rispetto al passato, possono accedere solo determinate casistiche; s'introducono liste d'attesa per cercare di ritardare l'erogazione delle prestazioni. Ad esempio si sospende la possibilità di accesso a determinate tipologie di assistenza fin quando le ASL non dispongano di un budget sufficientemente capiente.

Occorre ricercare nuovi strumenti in grado di garantire la sostenibilità del modello assistenziale.<sup>2</sup> Sulle scie del modello tedesco<sup>3</sup> e anglosassone, dove da anni sono presenti sul mercato assicurazioni e fondi pensionistici destinati alla cura domiciliare, anche in Italia si sta assistendo allo sviluppo di altri due "pilastri", accanto a quello pubblico:

- fondi sanitari integrativi, che obbligatoriamente

---

<sup>2</sup> In Italia la spesa sanitaria privata è composta: 87,7% out of pocket, 14% fondi sanitari, 3% assicurazioni.

<sup>3</sup> In Germania l'introduzione dell'assicurazione ha modificato le spese per gli anziani non autosufficienti sostenuta dai comuni, passando dall'80% al 21%, immettendo allo stesso tempo nel sistema, un volume di risorse quasi triplicato.

devono destinare almeno il 20% delle risorse alla non autosufficienza e cure odontoiatriche;

- assicurazioni private su base individuale e volontaristica.

Ai fondi sanitari integrativi va rivolta una maggiore attenzione sia per dimensione sia per rilevanza sociale. Rappresentano una risorsa per supportare il SSN attraverso una più appropriata gestione delle risorse private, la cosiddetta spesa *out of pocket* che rappresenta in Italia, una quota ragguardevole della spesa complessiva sanitaria, stimata attorno al 22-25%, vale a dire non meno di 25miliardi di euro. Basta pensare che nel 2011 vi erano più o meno 13 milioni di iscritti ai fondi sanitari integrativi.

I fondi sanitari integrati sono forme di mutualità volontaria, caratterizzati da 3 elementi: assenza di selezione all'entrata; assenza discriminazione nei prezzi da pagare; assenza di concorrenza con il servizio sanitario nazionale.

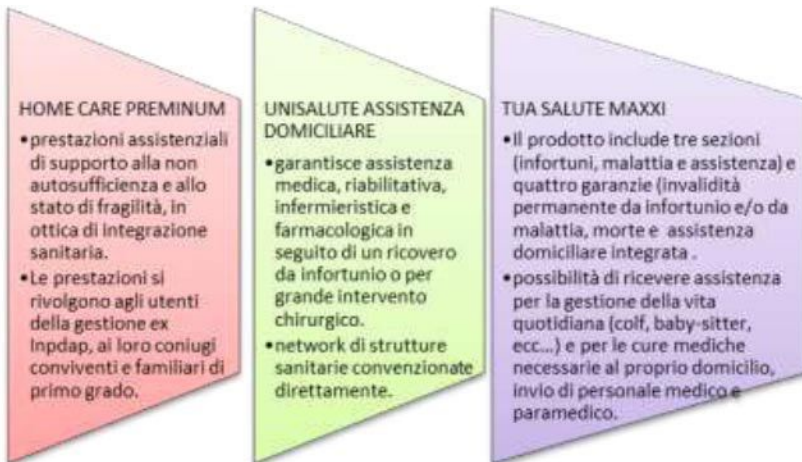
Secondo i Decreti Ministeriali 2008 e 2010 i fondi devono destinare almeno il 20% delle risorse a: prestazioni sociali e rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza

a domicilio; prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale; prestazioni finalizzate al recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati da malattie e/o infortunio; assistenza odontoiatrica compresa forniture di protesi dentarie.

Per quanto, invece, riguarda le assicurazioni di cura private, quasi tutte prevedono all'interno delle loro offerte l'assistenza domiciliare in seguito a dimissione per ricovero da infortunio o grande intervento chirurgico. Un'attenzione particolare, non solo nell'offerta dei servizi ma soprattutto nella finalità prevenzione, riveste oggi Inps Premium il cui beneficio è finalizzato a fornire assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti, attraverso prestazioni e interventi, economici e di servizio, afferenti alla sfera socio-assistenziale, anche in un'ottica di prevenzione della non autosufficienza e del decadimento cognitivo.

Oltre all'erogazione di interventi assistenziali diretti, il progetto intende sostenere la comunità degli utenti nell'affrontare, risolvere e gestire le difficoltà connesse alla

status di non autosufficienza proprio o dei propri familiari, attraverso il concorso di intervento pubblico, intervento della famiglia e valorizzazione del ruolo del "terzo settore" e di ogni altra risorsa sociale disponibile.





## *5. Il “Welfare Leggero” della Regione Lombardia*

Nell’ultimo decennio l’esperimento tentato in Lombardia, e per alcuni aspetti riuscito, è stato di quello di passare dal welfare sociale al welfare mix, con l’obiettivo di separare le funzioni di finanziamento da quelle di gestione dei servizi, e poter così introdurre elementi di mercato, quindi di competizione, al fine di guadagnare in efficienza e in qualità (Ascoli e Pasquinelli 1993). In altre parole il risultato finale rappresenterebbe il passaggio dal sostegno all’offerta al sostegno alla domanda, affidando alle capacità degli individui e delle famiglie di rispondere ai propri bisogni.

Con la Legge Regionale n.3/2008 “Governo della rete delle Unità d’offerta sociosanitarie e sociali” e con la Legge Regionale n.33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, che abroga la L.R.31/97, la Regione ha inteso richiamare i principi di sussidiarietà orizzontale e verticale e di libera scelta del cittadino, perseguendo tra gli obiettivi prioritari l’adeguatezza della rete delle Unità d’offerta ai bisogni sociali e sociosanitari, la personalizzazione degli interventi e la promozione dell’integrazione delle funzioni

sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza dei Comuni.

L'evoluzione dei bisogni, caratterizzata principalmente dalla cronicizzazione delle malattie, dall'invecchiamento della popolazione e dall'incremento delle condizioni di fragilità sociale, ha determinato una progettazione innovativa che colloca nel territorio il luogo privilegiato dell'integrazione nella logica di una presa in carico globale e continuativa, finalizzata a garantire la miglior qualità di vita possibile della persona e della sua famiglia.

L'assistenza continuativa agli anziani è rappresentata principalmente da servizi e prestazioni di carattere domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Nell'area della domiciliarità sono ricompresi i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogata tramite Voucher/Credit, (cfr. box n.1) garantiti da enti privati accreditati e, in misura sempre minore, dal servizio pubblico, che costituiscono una rete importante in grado di consentire la permanenza a domicilio anche di situazioni complesse.

Per quanto riguarda il sistema di finanziamento lombardo della non autosufficienza/anziani le risorse economiche

destinatevi sono in capo all'Assessorato Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale. Le risorse finanziarie destinate alla Direzione Generale sono di tre tipi:

- ✓ le risorse autonome, derivanti dal bilancio regionale, il Fondo sociale regionale;
- ✓ le risorse vincolate, fondi assegnati a interventi specifici di derivazione statale, come la quota assegnata alla Regione Lombardia del Fondo nazionale per le Politiche Sociali, o provenienti dall'Unione Europea;
- ✓ la quota parte socio-sanitaria del Fondo sanitario regionale.

## BUONI

Il reddito e la fragilità sono i parametri maggiormente utilizzati nel definire gli accessi da parte dei distretti e il primo è solitamente associato all' indicatore ISEE.

Il criterio dell'età è utilizzato soprattutto nel caso degli anziani. Piuttosto frequente è l'utilizzo di "altri criteri" (residenza in un determinato territorio, specifica condizione abitativa, grado di invalidità, percettori di indennità di accompagnamento, ecc.). Per quanto riguarda l'articolazione dei criteri di accesso nell'area anziani, possiamo rilevare come la maggior parte dei distretti utilizzi tutti e tre i requisiti di età, reddito e fragilità, spesso accompagnati da criteri aggiuntivi. Nell'area disabili i criteri maggiormente utilizzati

## VOUCHER

L'assistenza a domicilio delle persone non autosufficienti è l'obiettivo regionale per il quale sono nati i titoli sociali, ed è anche la priorità di molti Piani di zona (per il 55% assistenza domiciliare "pura"; insieme ai trasporti, ai servizi pasti e lavanderia raggiunge il 62%).

L'accesso al voucher è sempre subordinato al possesso di uno o più requisiti, primo fra tutti il rispetto di determinate soglie di reddito, al di sopra delle quali la domanda dell'utente non è accettata. Sono tre i tipi di voucher rilevati, che possiamo sinteticamente definire: "a profilo", a fascia unica/prestazione e orario.

per selezionare l'accesso al buono sociale sono il reddito e la fragilità: a differenza che per gli anziani, l'età è usata come elemento di selezione in misura minore.

Il monitoraggio regionale fornisce informazioni sulle diverse modalità di utilizzo dei buoni. Le alternative poste sono: per caregiver familiari (parenti), per assistenza privata a pagamento prestata da soggetti non uniti da vincolo di parentela al beneficiario (ad esempio le cosiddette "badanti"), per assistenza informale da parte di amici o volontari. Osservando l'uso del buono da parte delle diverse categorie di beneficiari, infatti, possiamo notare che questo è prevalentemente utilizzato per l'assistenza prestata da caregiver familiari quando il beneficiario è un disabile o un anziano.

Il voucher a profilo - i profili sono solitamente tre - corrisponde a cifre mensili. Il voucher a cifra unica corrisponde infine ad un importo solitamente mensile, più raramente relativo ad una singola prestazione (nel caso ad esempio dei trasporti o dei pasti a domicilio).

I profili che vengono definiti corrispondono a diverse intensità di bisogno: c'è quindi il profilo a bassa intensità, la fascia intermedia e il profilo che corrisponde ad una situazione di maggiore gravità. Il valore economico del voucher è così una cifra mensile che cresce al crescere del bisogno. All'interno di questa cifra si possono creare dei pacchetti diversi di prestazioni, concordati tra utente e assistente sociale. Il voucher

a fascia unica, o “a prestazione”, è utilizzato per l’acquisto di un servizio. Il voucher orario corrisponde al controvalore di un’ora di assistenza. Tale valore può essere calcolato in modi diversi (retribuzione oraria dell’operatore).

## *6. Il nuovo sistema di accreditamento del Comune di Milano*

Con Delibera n. 2744/2013 il comune di Milano ha messo in campo alcuni importanti cambiamenti al fine di reindirizzare gli interventi educativi e socio-assistenziali svolti a livello professionale.

Tra le varie novità introdotte, quelle di maggior rilievo sono il superamento di servizi singoli, o svolti comunque a seconda della tipologia di utenza, per arrivare a convogliare le risorse in favore di un sistema unificato e trasversale, promuovere la diffusione di interventi territoriali e orientati alla creazione di una sinergia tra tutti gli operatori professionali e non. Infine vi sono strumenti volti a facilitare l'emersione di sistemi di cura informali.

L'obiettivo generale di tale intervento comunale è la costruzione di un network capace di consentire una migliore permanenza nella propria casa, non solo per i soggetti meno fragili, ma anche per coloro i quali rischierebbero, per le gravi condizioni, di dover ricorrere al soggiorno in RSA, comunità, ecc. Inoltre viene inserita la possibilità di usufruire di

un'assistenza temporanea in caso di crisi o disagio verificatesi in seguito a particolari eventi.

Per riuscire in questo nuovo progetto il comune di Milano ha istituito nuove procedure di accreditamento per il settore della "domiciliarità", individuando cinque linee di prodotto: educativo, socio-assistenziale, aiuti familiari, custodia sociale e peripherals. Possono proporsi per l'iscrizione all'Elenco, imprese o organismi singoli, raggruppamenti/ associazioni temporanee di soggetti accreditati RTA/ATA, consorzi ordinari. La proposta per l'accREDITamento deve riguardare almeno due linee di prodotto e al massimo due zone di decentramento nelle quali si intende operare. Sono richieste inoltre, alcuni requisiti soggettivi e di qualità, come ad esempio la presenza di figure professionali, affidabilità economica, basso tasso di turn over, radicamento territoriale.

La durata dell'elenco, che si andrà via via a costituire, sarà dal 1/09/2014 al 31/12/2017.



## *7. Alcune considerazioni*

Alla luce di quanto emerso dall'analisi relativa allo stato attuale dell'assistenza destinata alla cura delle persone non autosufficienti, riportata nel presente documento, possono essere espresse alcune considerazioni volte a suggerire possibili soluzioni al settore in questione.

Secondo l'ultima rivelazione Istat del 2010 la Regione Lombardia occupa uno degli ultimi posti tra le regioni italiane per quanto riguarda la spesa destinata ai servizi sociali, appena lo 0,38% del PIL. Considerando che, sempre secondo quanto pubblicato dall'Istituto di Statistica nazionale, in Italia la percentuale di persone dai 65 anni in su è passata dal 18,8% del 2002 al 22,4% del 2013, con un indice di vecchiaia<sup>4</sup> pari al 148,6% (159,5% nella città di Milano), e con conseguenziale indice di dipendenza passato dal 27,3% (2002) al 35,1% (2013), è chiaro che le manovre di intervento da parte del terzo settore e del settore privato sono in continua espansione.

Il gran numero di produttori accreditati dal pubblico, infatti,

---

<sup>4</sup> I dati Istat relativi all'indice di dipendenza risalgono al 2012.

ha sviluppato modelli di business quasi esclusivamente orientati al trasferimento pubblico, evitando così di accrescere competenze distintive di natura imprenditoriale, quali potrebbero essere il fundraising di tipo filantropico ( in Italia vi sono diverse Fondazioni che si occupano di sostenere progetti destinati alla cura della persona, pronte a collaborare con attori del mondo non profit e a finanziare progetti); oppure si potrebbe trattare di sviluppare servizi a pagamento interamente finanziati dagli utenti.

A tal riguardo è emerso che il focus dei servizi continua ad essere di tipo tradizionale (disabili, anziani non autosufficienti), trascurando quasi completamente le principali criticità emergenti dai processi di trasformazione sociale in corso, quali giovani anziani, solitudine sociale, bisogni culturali, che molto spesso non sono coperti dai trasferimenti pubblici. Si è visto come lo stato economico si confermi un fattore da cui dipende la qualità di assistenza a cui accedere; si indebolisce così la portata universalistica del sistema: da un lato ci sono le famiglie più abbienti che riescono a sopportare i costi privati dell'assistenza, dall'altro i nuclei estremamente disagiati che accedono ai sostegni

pubblici. In mezzo si trova una platea più ampia di cittadini non particolarmente ricchi ma nemmeno considerati meritevoli di condizioni agevolate, che restano fuori dal sostegno ai costi dell'assistenza e molto spesso con bisogni, in ogni caso, non coperti dai trasferimenti pubblici.

Oltre ai limiti presenti dal lato del mercato vi sono alcune inefficienze che si generano all'interno dei soggetti che forniscono i servizi (le cooperative in primis). Il sistema così com'è strutturato favorisce la libertà di scelta da parte del cittadino-utente, questo però molte volte può essere vissuto come un costo anziché un'opportunità, un impegno in più da accollarsi in una situazione già grave di per sé, nel vissuto delle famiglie può facilmente diventare "una complicazione in più". Una delle richieste maggiori da parte delle persone non autosufficienti è quella di essere supportate, consigliate, tutelate, affiancate. Più che la libertà di scelta ciò che è davvero importante per le famiglie è sapere di poter contare su un punto di riferimento certo; la mancanza di un ruolo attivo di supporto psicologico, questo alimenta la solitudine delle famiglie. Ecco che la necessità di sostenere i caregiver naturali/familiari e promuovere interventi di sostegno,

formazione ed assistenza per coloro che più pesantemente sono impegnati in funzioni di cura di un parente, sta diventando negli ultimi anni sempre più forte.

Ultima criticità emersa è la forte frammentarietà del sistema di offerta delle prestazioni ad oggi erogati da soggetti diversi (badanti a pagamento, servizio ADI pagato dalle Asl, SAD finanziato dal comune), a prescindere da quali possano essere le fonti di finanziamento il paziente e la sua famiglia avrebbero bisogno di una piattaforma di servizi integrata e ricomposta, in grado di facilitare la scelta e semplificare le procedure. Lo sviluppo di un network in tale direzione potrebbe portare alla nascita di nuovi servizi e “alla copertura di buchi” quale ad esempio la mancanza di servizi erogati 24 ore su 24.

## SECONDA PARTE



Per provare a fornire un concreto supporto alla definizione di un rinnovato modello di servizio domiciliare integrato e sostenibile,

Di seguito è riportata la descrizione in dettaglio del piano di business rappresentato. Le varie voci sono state raggruppate in macro settori: INFRASTRUTTURA, OFFERTA, CLIENTI e FINANZA.

PARTNER CHIAVE	ATTIVITA' CHIAVE	VALORE OFFERTO	RELAZIONE c/CLIENTI	SEGMENTI di CLIENTI
Enti locali per accreditamento	accreditamento	Integrazione risorse	Personalizzazione e presa in carico a 360°	Familiari di persone con domanda di assistenza: - voucherizzati - non voucheriz - richiedenti nuovi servizi
Assicurazioni private	Creazione di network di cluster territoriali	ri-articolazione ed ampliamento servizi offerti	Valorizzazione delle risorse disponibili	
Fondi sanitari da CCNL	Call center generalista (informa, raccoglie feedback)	Qualificazione e supporto a servizi "autogestiti"	Riduzione della complessità per il cliente	
Imprese per welfare aziendale	Formazione e supervisione ai care giver			Articolazione per cluster territoriali di servizi
Care giver paganti				
Enti di formazione	<b>RISORSE CHIAVE</b>			<b>CANALI</b>
Convenzioni c/Poliambulatori	Piattaforma catalogo servizi			Call center
	Piattaforma incontro D/O			Rapporti con imprese
	Piattaforma profilazione risorse			Sindacati
	Rapporti con le assicurazioni			Sportello reale
				Assicurazioni
				Enti locali
				Luoghi di aggregazione della domanda
<b>STRUTTURA DEI COSTI</b>			<b>FLUSSI DI RICAVI</b>	
Piattaforma	Eventi		% su servizi prenotati	Formazione
Call center	Comunicazione		Fee da erogatrici	Supervisione
Accreditamento	Marketing			Servizi non standard
Formazione (operatori + care giver)	Ideazione nuovi servizi			Convenzioni imprese



## *7. Infrastruttura*

**Partner Chiave.** la proposta di sviluppo del nuovo modello di business si concentra nella creazione di partnership sia con enti pubblici sia con strutture private, per ampliare le proprie attività (poliambulatori), per incrementare il marketing e la comunicazione (centri di aggregazione) e per trovare nuovi clienti (assicurazioni e fondi sanitari). Tra i vari soggetti individuati come possibili partner di sviluppo vi sono le compagnie di assicurazione private e i fondi sanitari, dal momento che come emerso nella prima parte costituiscono sempre più una grossa fetta di mercato a livello sanitario. Questo dovrebbe portare a un aumento degli effetti rete della piattaforma.

Di rilevante importanza è anche il coinvolgimento delle imprese con al loro interno programmi di welfare, che operano in quelle zone dove è forte e consolidata la presenza delle cooperative stesse.

Nonostante sia fondamentale l'instaurazione di nuove partnership con attori privati finora esclusi, rimane di primaria

importanza rinsaldare i legami con gli enti territoriali e magari cercare di crearne di nuovi, al fine di facilitare la diffusione e aumentare il numero degli accreditamenti.

**Attività Chiave.** Le attività chiave del modello di business proposto richiedono in primis la creazione di un network , ovvero di cluster locali così da riuscire ad ottimizzare le risorse investite accreditandosi presso enti locali, imprese e assicurazioni presenti nella stessa area di intervento, riuscendo ad evitare, di conseguenza, spreco di energie e di investimenti, evitando di scegliere partenariati con strutture afferenti ad aree lontane.

Uno dei punti di forza del modello è l'attivazione di un call center generale in grado sia di orientare gli utenti ai diversi servizi offerti ma anche e soprattutto, finalizzato alla raccolta di feed-back volti sia a migliorare le attività già presenti all'interno del pacchetto offerto ma anche per svilupparne di nuove, essendo così in grado di soddisfare nuove richieste.

Altre attività chiave sono rispettivamente quella di formazione/supervisione dei care giver familiari e il sostegno

offerto agli stessi.

**Risorse Chiave.** Le risorse chiave sono, in primis, quelle che esercitano le attività sopra definite , quindi le vendite, la gestione dei rapporti con le assicurazioni e i fondi sanitari. L'asset di gran lunga più importante è, però, la piattaforma da dove accedere per il catalogo dei servizi disponibili e per consentire l'incrocio tra il servizio richiesto e la profilazione delle risorse disponibili. Nello specifico grazie alla creazione di un database che da un lato cataloga le varie fonti di finanziamento a disposizione degli utenti e dall'altro i servizi offerti, si riuscirà a garantire la soddisfazione della persona azzerando il problema della gestione delle pratiche burocratiche.

### *7.1 L'Offerta*

**Proposizione di Valore.** Il modello di business presentato ha l'obiettivo di soddisfare un insieme di necessità completamente nuove. Il valore generato è un innovativo strumento in grado di integrare le risorse economiche dell'utente per la copertura

del servizio erogato. La piattaforma così progettata semplifica la confusione generata al momento della scelta riducendo i compiti spettanti all'utente o ai suoi familiari relativamente alla gestione economica; infatti, in virtù di quanto emerso nella prima parte della ricerca risulta essere uno dei pesi psicologici maggiori che le famiglie sono costrette a sopportare. Il servizio di matching così progettato ha enormi potenzialità dal punto di vista della crescita in futuro sia grazie al numero crescente di persone che scelgono di sottoscrivere una polizza assicurativa sanitaria, sia per l'elevato grado di innovazione rappresentato dal connubio tra le famiglie e le cooperative. Inoltre con la possibilità di inviare rapporti circa la necessità di introdurre nuovi servizi si presenta la possibilità di riarticolare le attività già esistenti a beneficio della domanda nascente.

## *7.2 I Clienti*

**Segmenti di Clienti.** Sono stati identificati tre gruppi distinti: i familiari degli utenti che beneficiano dei voucher, i familiari di utenti non in possesso di voucher e i familiari di quanti richiedono nuovi servizi. La piattaforma permette a ognuno di

questi soggetti di interagire con le cooperative al fine di scegliere la prestazione necessaria ma anche per poter suggerire eventuali integrazioni ai servizi o per apportarne di nuovi.

***Relazioni con i Clienti.*** La relazione con gli utenti è improntata sulla semplificazione , ma anche sulla costruzione di fiducia, proponendosi con un team di professionisti. Una relazione di fiducia è importante per la maturazione di questo modello di business: essendo un settore molto competitivo e che copre aree e distretti molto vasti. Ogni singola persona che richiede l'attivazione di un servizio saprà, inoltre, di ricevere un'assistenza personalizzata e completa (ricerca e calcolo copertura economica, attività necessarie..).

***Canali.*** Le iniziative da realizzare dovrebbero ricorrere a strumenti differenziati e ad azioni articolate, al fine di raggiungere un più grande numero di persone e in modo più efficace gli obiettivi prefissati.

La progettazione delle azioni e degli strumenti da utilizzare

dovrebbero inoltre prendere in considerazione i fattori specifici alla tipologia di destinatari, al tipo di relazione da instaurare tra emittente e ricevente e in base a ciò sviluppare e adoperare diverse caratteristiche peculiari dello stile comunicativo.

Nello specifico le azioni previste coinvolgono i seguenti strumenti:

- ✓ WEB: l'utilizzo del sito web delle cooperative deve essere in grado di fornire agli utenti (non solo i beneficiari diretti ma soprattutto gli indiretti, trattandosi di figli, "giovani vecchi", parenti), la possibilità di consultare i materiali dei servizi offerti, nel settore dell'assistenza domiciliare oltre che tutte le attività e i prodotti realizzati.
- ✓ CALL CENTER: avrà l'obiettivo di fornire informazioni tempestivamente aggiornate sullo sviluppo delle attività, dei nuovi servizi previsti, e allo stesso tempo di ricevere feed-back.
- ✓ EVENTI: incontri di zona, o presso i luoghi di aggregazioni (quali chiese, mercato) finalizzati alla promozione dei servizi, delle attività svolte.

## 7.4 Finanza

**Costo.** E' possibile dividere la struttura dei costi in due macro aree: quella relativa alla disseminazione e promozione, e quella che riguarda l'aspetto tecnico-gestionale. Per quanto concerne i costi da sostenere per la realizzazione delle campagne di marketing, interessano particolarmente le attività di comunicazione, le quali devono essere aggiornate e diversificate di volta in volta, e quelle da destinare alla creazione degli eventi. Soffermandosi sul lato gestionale vi è da tenere in conto la formulazione di eventuali nuovi servizi e la relativa formazione da impartire agli operatori; nonché le spese per le procedure di accreditamento con enti terzi. In realtà, però, i costi maggiori sono quelli della gestione prettamente tecnica, tra questi il primo è la creazione e sviluppo della piattaforma e del call center generale; l'aggiornamento del database all'interno del quale vi sono i dati relativi alle assicurazioni sanitarie e ai fondi sanitari integrativi.

**Fonti di Ricavo.** La componente più importante di un modello di business è la generazione dei ricavi, ossia come la proposizione di valore ai clienti viene finalmente monetizzata. A tal riguardo sono state ipotizzate diverse forme di entrate. Prima fra tutte l'applicazione ai servizi prenotati di una commissione percentuale. Oltre alle commissioni, la diversificazione delle fonti di ricavo potrà arrivare inserendo un costo fisso alle imprese erogatrici, e alle convenzioni sottoscritte; estendendo il portafoglio con prodotti definiti “extra” per i quali sono previsti dei costi aggiuntivi a carico dell’utente, oppure realizzando nuovi servizi, tra cui particolari sistemi di scheduling delle prenotazioni, sistemi di profilazione dei clienti (quale ad esempio uno sconto su un numero elevato di prestazioni richieste). Infine un ulteriore ricavo può essere rappresentato dall’attivazione dei corsi di formazione per i care giver familiari.



## *8. Casi Studio*

Al fine di riuscire a descrivere in maniera dettagliata le attività previste dal modello di business proposto, vi è di seguito la creazione di alcuni casi immaginari, rappresentanti situazioni caratterizzanti il progetto stesso. Alcune fasi soprattutto quelle iniziali sono pressoché identiche in ogni situazione dovesse verificarsi, nello specifico: la prima fase è rappresentata dal contatto iniziale che avviene tramite il call center; in questa occasione l'operatore chiede ai familiari informazioni base, quali l'indicazione del bisogno, la presenza o meno di eventuali coperture previdenziali sia private che pubbliche. Le informazioni così ottenute, vengono raccolte e inserite in un data base, al quale sia accederà in un secondo momento per definire le possibili soluzioni.

Le varie fasi di questo processo permettono di strutturare un servizio competitivo ed esaustivo per le famiglie in modo continuo e duraturo.

## L'ASSISTENZA DEL SIGNOR MARIO

Mario, pensionato di 83 anni, vedovo, abita in un piccolo paese della cintura milanese, con una figlia unica di 50 a sua volta con due figli in età scolastica e un lavoro a tempo pieno in una piccola impresa con politiche di welfare verso i dipendenti. In seguito a una caduta in casa, la situazione del signor Mario è peggiorata ha ora una ridotta mobilità e la necessità di essere assistito per le pulizie di casa, la preparazione dei pasti e per una iniezioni giornaliera.

Ha richiesto l'intervento di una cooperativa per i supporti richiesti: la cooperativa ha pianificato un piano di intervento che prevede:

- la presenza di una colf per 2 ore a giorno;
- la consegna dei pasti al domicilio;
- l'intervento di una infermiera professionale per l'iniezione quotidiana;

Il valore complessivo degli interventi è di circa 55 euro al giorno (1.650,00 euro al mese), cifra incompatibile con il reddito da pensione di circa 800 euro/mese.

La cooperativa propone al signor Mario di procedere in questo modo:

- porre il costo dell'assistenza domestica a carico del amministrazione comunale con cui è convenzionata la cooperativa, per almeno 1 ora al giorno;

-usufruire del voucher aziendale della figlia per la copertura socio-sanitaria;

- richiedere alla amministrazione comunale la consegna del pasto a domicilio a costo calmierato per Isee;

- farsi carico direttamente dei costi di 1 ora di assistenza domiciliare;

In questo modo il costo di assistenza esposto dalla cooperativa direttamente al signor Mario è di circa 18 euro al giorno, pari a 540 euro/mese; i rimanenti costi vengono recuperati direttamente dalla cooperativa su mandato del signor Mario.

## L'ESTATE DI LUCA

Luca è un ragazzino di 12 anni, che vive con i genitori nella periferia nord di Milano. Ogni giorno per circa 2 ore un'operatrice della cooperativa va a casa, così da potergli fornire tutta l'assistenza di cui necessita. Quest'anno per il periodo estivo i genitori, non volendo mandare Luca al centro estivo, hanno deciso di richiedere un'estensione dell'assistenza domiciliare in essere, ovvero lunedì-mercoledì-venerdì 4 ore al pomeriggio invece di 2.

La cooperativa che ormai da anni conosce la famiglia di Luca, propone:

- l'assunzione di una baby-sitter che andrebbe a coprire le 6 ore aggiuntive richieste; la cui selezione e il disbrigo delle pratiche sarebbe svolto dalla cooperativa stessa, in seguito al pagamento di euro 100, come quota fissa dovuta dal fatto che si tratterebbe di offrire un "servizio non-standard".

La copertura economica verrebbe così suddivisa:

- le 10 ore di assistenza settimanale continuerebbero ad essere garantite dal voucher sociale, di cui già sono beneficiari;
- infine, si richiederebbe al fondo sanitario integrativo, sottoscritto dai genitori di Luca, la copertura delle restanti 6 ore.

Di conseguenza l'unico costo che la famiglia deve sostenere è il

pagamento nei confronti della cooperativa per l'attivazione di un "servizio non-standard".

## *9. Raccomandazioni finali*

Il presente lavoro ha cercato di formulare un possibile piano di business all'interno del settore dell'assistenza domiciliare. Partendo da un'analisi dettagliata dello stato dell'arte e delle possibili evoluzioni, sia in Italia che in Europa, soffermandosi sui casi più interessanti e per certi aspetti innovativi, si è arrivati a identificare alcune problematiche quasi croniche del sistema di gestione dell'assistenza domiciliare.

Da questa analisi è poi scaturito il modello di business vero e proprio, il quale si focalizza sulle carenze ad oggi riscontrate e che una volta colmate potrebbero rappresentare un'ottima possibilità di sviluppo non solo economico ma anche professionale.

Vi sono alcuni aspetti, inoltre, estremamente semplici ma molto spesso tralasciati a cui sarebbe, invece, utile prestare maggiore attenzione, quale una costante attività di comunicazione delle attività svolte, con lo scopo di promuovere la propria identità e immagine. Senza dimenticare che una efficace ed efficiente comunicazione costituisce uno

degli elementi chiave del successo di un progetto.

Infine una continua ricerca volta al monitoraggio dei bisogni emergenti e delle nuove esigenze permetterebbe di restare al passo con le continue evoluzioni sociali.

## BIBLIOGRAFIA

Agenas, *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, I Quaderni di Monitor, 2012.

Ascoli U., Pasquinelli S. (a cura di), *Il welfare mix. Stato sociale e terzo settore*, Milano, F. Angeli, 1993.

Ascoli U., Ranci C., *Il welfare mix in Europa*, Roma Carocci, 2003.

Bramanti B., *Famiglie con anziani non autosufficienti*, report, 2012.

CENSIS, *Le reti spontanee: familiari, amicali, del dono, dei servizi privati di supporto*, 2002.

European observatory on health care systems, *Health care systems in transition - Svezia*, Who Europe, Copenhagen, 2001.

Gregorio D., IREE, istituto Regionale Ricerca della Lombardia, *Implementazione dei titoli sociali nell'ambito dei piani di zona*, Milano, 2006.

Hoffmann F., Rodrigues R. , *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* European Centre Policy Brief Series, April, 2010.



Hugman R. , *Ageing and the care of older people in Europe*, Basingstoke London: Macmillan: New York: St. Martin's Press, 1994.

Jamieson A., *Home-care in Europe: backgrounds and aims*, in Jamieson A. (ed), *Home-care for older people in Europe: a comparison of policies and practices*, Oxford: Oxford University Press, 1991.

IRCCS-INRCA ,*L'assistenza agli anziani non autosufficienti in italia, 4 rapporto, tra crisi e ripartenza*, rapporto promosso per il Network nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editori, 2013.

Istat , *Previsioni demografiche nazionali*, Roma, 2013.

Leichsenring K., *Le tendenze politiche socio-sanitarie nei Paesi europei*, in Giovanni Bertin (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Gardolo (Trento), Erickson, pp. 191-218, 2009.

Munday B., *I problemi e le prospettive dei servizi sociali europei*, in "I servizi sociali in Europa" a cura di Cristiano Gori, Carocci Editore, Roma, 2001.

OECD, *Caring for Frail Elderly People. Policies in Evolution*, Paris, 1996.

Pavolini E., *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Roma, Carocci, 2004.

Pesaresi F., Gori . *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*.

Porter E.J., *Older Persons' Expectations and Satisfaction with Home Care: Theoretical Origins and Uncharted Realms*, « Research in the Sociology of Health Care », 2004.

Rodarius D., Capatti S., Beozzo M., *Studio comparato dei sistemi di assistenza domiciliare agli anziani in Spagna, Germania, Ungheria, Slovenia, Gran Bretagna e confronto con l'esperienza di Parma*, Studio curato dalla Katholische Universitat Eichstatt-Ingolstadt in collaborazione con il Centro Documentazione e Studi Economici di Ferrara, ottobre, 2010.

Roit B., Sabatinelli S., *Il modello mediterraneo di welfare tra stato e mercato*, in "Stato e Mercato", 2005.

Rostgaard T., Fridberg T., *Caring for children and older people: a comparison of European policies and practices*, Danish National Institute of Social Research, 1998.

Ruddick W., *Transforming Homes and Hospitals*, Hastings

Centre Report; 24(5), S11-S14, 1994.

Samaroo B., *Comfort levels with the dying*, « Can. Nurse », 91(8), pp. 53-57, 1995.

*Studio sulla tematica della "Non autosufficienza"*, A cura del Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità, 2010.

UniSalute, Guida alle polizze per la non autosufficienza e LTC.

<http://www.inps.it/portale/default.aspx>

[www.tuaassicurazioni.it/public/prodotti/tua-salute-maxxi-fascicolo-informativo.pdf](http://www.tuaassicurazioni.it/public/prodotti/tua-salute-maxxi-fascicolo-informativo.pdf)

## AVVISO PUBBLICO PER LA COSTITUZIONE DELL'ELENCO DEI SOGGETTI ACCREDITATI DEL SISTEMA DELLA DOMICILIARITA'

Deliberazione di Giunta Comunale n. 2744/2013

### 1. Obiettivi e Finalità

Il processo di riorganizzazione e riprogrammazione dei servizi -avviato a seguito delle linee/azioni previste nel "Piano di sviluppo del welfare" approvato dal Consiglio Comunale con deliberazione n°37 del 25 settembre 2012 e confermato dai recenti atti di riordino dei Settori della D.C. Politiche Sociali e Cultura della Salute- prevede sostanziali cambiamenti per quanto riguarda i servizi domiciliari.

I cambiamenti indicati orientano gli interventi professionali educativi e socio-assistenziali per minori/adolescenti, per persone anziane, per persone con disabilità e loro nuclei familiari e più in generale tutti i sostegni domiciliari, personalizzati o in piccolo gruppo, ivi incluso il servizio di custodia sociale, in un sistema più ampio, che di seguito viene denominato DOMICILIARITA', secondo alcuni principi innovativi:

- superamento di interventi e servizi per tipologia di utenza in favore di un sistema basato sull'accesso unificato alle risorse e linee di prodotto trasversali alle diverse tipologie di fruitori;
- attivazione di servizi/interventi fortemente orientati alla territorialità ed alla sinergia tra operatori formali e informali, professionali e non;
- apertura alla domanda di sostegni familiari e personali emergente da strati diversi di popolazione non ancora raggiunti dai servizi finora attivati e regolati dal Comune di Milano;
- facilitazione dell'emersione di sistemi di cura informali, oggi diffusi, ma scarsamente regolati e garantiti;
- incremento delle competenze e capacità di offerta di servizi/interventi diversificati da parte degli attuali soggetti accreditati o diversamente attivi in materia nell'ampia esperienza territoriale locale.

L'obiettivo di tutti i servizi, sostegni, interventi denominati ora DOMICILIARITA' è la costruzione di reti di sostegno e offerta composite e sinergiche per:

- a) consentire o sostenere la migliore permanenza a casa propria di soggetti fragili e meno fragili che altrimenti rischiano di dover ricorrere a sistemi di cura molto più gravosi – sia personalmente che economicamente - quali le RSA, le RSD, le Comunità per bambini/ragazzi, per persone con disabilità, per madri sole, per migranti etc.;
- b) prevenire o accompagnare, per tutti i cittadini che intenderanno usufruirne, situazioni anche temporanee di crisi o disagio dovute a fisiologici passaggi di vita (nascita, adolescenza, separazioni, solitudine, invecchiamento, lutti, migrazione etc.). In particolare quando l'assenza di sistemi di aiuto quotidiano specifico, ma anche pratico, rendono difficili da affrontare o risolvere tali situazioni per i singoli e per le famiglie.

A tal fine, il Comune intende costituire un **Elenco** di soggetti accreditati del sistema della DOMICILIARITA' che garantisca la presenza dell'offerta complessiva delle linee di prodotto in ciascuna zona del decentramento cittadino, a favore dei residenti nella città di Milano.

I Servizi/interventi oggetto dell'accreditamento sono articolati nelle seguenti linee di prodotto che ampliano le attività oggi in atto e consentono una gestione trasversale delle risorse:

	<b>LINEE DI PRODOTTO</b>	<b>TIPOLOGIE INTERVENTO</b>
<b>1</b>	<b>INTERVENTO EDUCATIVO</b>	1A) EDUCATIVO INDIVIDUALE
		1B) EDUCATIVO DI GRUPPO
		1C) ANIMATIVO DI GRUPPO
<b>2</b>	<b>INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE</b>	2A) SOCIO-ASSISTENZIALE COMPLESSO
		2B) SOCIO-ASSISTENZIALE SEMPLICE
		2C) SOCIO-ASSISTENZIALE DI GRUPPO
<b>3</b>	<b>INTERVENTO AIUTI FAMILIARI</b>	3A) COLF/ BADANTI /BABY SITTER
		3B) ASSISTENZA ALLA CONTRATTUALISTICA DIRETTA
<b>4</b>	<b>INTERVENTO CUSTODIA SOCIALE</b>	4A) SOCIALIZZAZIONE / COESIONE SOCIALE
		4B) PRESTAZIONI SPECIFICHE
<b>5</b>	<b>INTERVENTI AGGIUNTIVI "PERIPHERALS"</b>	<b>A TITOLO ESEMPLIFICATIVO:</b>
		<i>5A) PASTI</i>
		<i>5B) PICCOLA MANUTENZIONE</i>
		<i>5C) TRASPORTI CON ACCOMPAGNAMENTO</i>
		<i>5D) INIETTORATO</i>
		<i>5E) PEDICURE CURATIVA</i>
		<i>5F) CURA DEGLI ANIMALI DA COMPAGNIA (DOG/CAT SITTER)</i>
<i>5...) PROPOSTE DEGLI ENTI</i>		

Per ogni linea di prodotto la descrizione degli interventi, le caratteristiche specifiche, i corrispettivi e altri elementi sono meglio dettagliati negli allegati di cui al punto 2 del presente Avviso.

**Obiettivi degli interventi educativi:**

Sviluppare, potenziare e favorire le competenze, le autonomie e le capacità di bambini/e, ragazzi/e, genitori e adulti tramite percorsi evolutivi; concorrere all'aumento e/o alla riattivazione delle risorse proprie e del contesto relazionale ed ambientale di ciascun soggetto, in un ambito di forte integrazione tra le diverse risorse /agenzie socio-educative attive;

**Obiettivi degli interventi socio-assistenziali**

Accompagnare il mantenimento del più alto livello possibile di autonomia delle persone, costruendo insieme a loro percorsi che diano risposta ai bisogni assistenziali; favorire la socializzazione, attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali;

**Obiettivi degli interventi aiuti familiari**

Sostenere nella gestione e nella cura nuclei familiari e/o singole persone, che necessitano di aiuto negli atti della vita quotidiana coadiuvando i familiari, i care giver, gli operatori professionisti impegnati nel sostegno della persona nell'ottica di ricomposizione della rete di supporto alla persona e alla famiglia;

**Obiettivi degli interventi di custodia sociale**

Rilevare il bisogno e fornire sostegno alle persone e alle famiglie in condizioni di fragilità; favorire il presidio e il monitoraggio del territorio, creare coesione sociale e favorire lo sviluppo della socialità nei caseggiati di Edilizia Residenziale Pubblica;

**Obiettivi degli interventi aggiuntivi "peripherals":**

Offerta di azioni e servizi utili e sinergici agli interventi già in atto (progetti educativi, socio-assistenziali, di aiuto familiare) per incrementare il benessere complessivo delle persone e delle famiglie.

## **2. Oggetto dell'accreditamento**

Gli interventi e i servizi oggetto dell'accreditamento sono indicati nei seguenti allegati:

- ✓ 1) intervento educativo (Allegato 2),
- ✓ 2) intervento socio-assistenziale (Allegato 2)
- ✓ 3) intervento aiuti familiari (Allegato 2)
- ✓ 4) intervento di custodia sociale (Allegato 2)
- ✓ 5) interventi aggiuntivi "peripherals" (Allegato 2)

Ulteriori e più specifiche informazioni operative saranno contenute nelle linee guida procedurali, condivise con i soggetti accreditati, che fin d'ora si impegnano a rispettarle.

## **3. Soggetti proponenti l'ammissione all'elenco**

Possono proporsi per l'ammissione all'**Elenco**, purché in possesso dei requisiti previsti al successivo art. 5, i soggetti che operano nel campo socio-assistenziale ed educativo, di seguito elencati:

- 1) **IMPRESE/ORGANISMI SINGOLI;**
- 2) **RAGGRUPPAMENTI/ASSOCIAZIONI TEMPORANEE DI SOGGETTI ACCREDITANDI RTA/ATA** sia di tipo

orizzontale, sia di tipo verticale, nonché **CONSORZI ORDINARI**. La capogruppo e le mandanti dovranno indicare, nella proposta di partecipazione, la/e "linea/e di prodotto" per la quale intendono prestare la propria attività.

Per RTA/ATA orizzontali si intende un raggruppamento/associazione di soggetti dove tutti svolgono le medesime prestazioni/attività riconducibili alle Linee di prodotto per le quali si propone unitariamente l'accreditamento;

Per RTA/ATA verticali si intende un raggruppamento/associazione di soggetti dove ogni soggetto svolge una o più prestazioni/attività riconducibili alle Linee di prodotto per le quali si propone unitariamente l'accreditamento;

*Il RTA/ATA dovrà, inoltre, allegare alla proposta un documento (max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12) che espliciti le modalità di coordinamento e di raccordo fra le diverse componenti dell'ATA, eventualmente anche in forma grafica, in relazione al ruolo svolto ed alle linee di prodotto indicate.*

In caso di raggruppamento/associazione di soggetti accreditandi (RTA/ATA), la **dichiarazione di partecipazione in raggruppamento** deve essere sottoscritta, da tutti i rappresentanti legali dei soggetti proponenti, dove occorrerà specificare il tipo di A.T.A. prescelto con l'indicazione del soggetto capogruppo e, per ogni associato, l'attività che si impegna a svolgere.

I soggetti mandanti sono tenuti ad allegare, alla proposta presentata dalla capogruppo, le dichiarazioni di cui ai successivi punti: 5.A.1), 5.A.2), 5.A.3), 5.A.4), 5.A.5), 5.A.6), 5.A.7), 5.A.8), 5.A.10), 5.A.11).

Si precisa che in caso di dichiarazioni mendaci il dichiarante assume le responsabilità di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

*Inoltre entro 30 giorni dalla comunicazione dell'inserimento nell'elenco dei soggetti accreditati, il soggetto dovrà presentare all'Amministrazione Comunale:*

- atto notarile costitutivo di Raggruppamento/Associazione Temporaneo, redatto mediante atto pubblico o scrittura privata con autenticazione delle firme registrata, dal quale risulti:

- a) il conferimento di mandato speciale, gratuito e irrevocabile a chi legalmente rappresenta l'impresa capogruppo;
- b) l'inefficacia nei confronti dell'Ente accreditante, della revoca del mandato stesso per giusta causa;
- c) l'attribuzione al mandatario da parte delle imprese mandanti, della rappresentanza esclusiva, anche processuale, nei confronti dell'Ente accreditante per tutte le operazioni e gli atti di qualsiasi natura dipendenti dall'Avviso, fino alla estinzione di ogni rapporto.

L'atto dovrà inoltre obbligatoriamente contenere il tipo di RTA/ATA prescelto e contenere l'indicazione delle prestazioni che ciascuna impresa si è impegnata ad eseguire nella relativa dichiarazione presentata in sede di accreditamento.

### 3) **CONSORZI FRA SOCIETÀ COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO, CONSORZI TRA IMPRESE ARTIGIANE e CONSORZI STABILI.**

I **Consorzi fra società cooperative di produzione e lavoro** e **Consorzi tra imprese artigiane**, nonché **Consorzi stabili** sono tenuti ad indicare per quali consorziati il consorzio concorre e, relativamente a questi ultimi, opera il **divieto** di partecipare, in qualsiasi altra forma **per le medesime Linee di prodotto**.

La **proposta di partecipazione del Consorzio fra società cooperative di produzione e lavoro** e **Consorzi tra imprese artigiane**, nonché **Consorzi stabili** dovrà essere sottoscritta dal legale

rappresentante del consorzio proponente l'accreditamento con l'indicazione dei consorziati per il quale il Consorzio concorre.

Qualora il soggetto indicato sia a sua volta un consorzio, dovrà essere indicato il soggetto che eseguirà la prestazione.

Il soggetto esecutore indicato dovrà presentare:

- le dichiarazioni di cui ai successivi punti 5.A.1), 5.A.2), 5.A.3), 5.A.4), 5.A.5), 5.A.6), 5.A.7), 5.A.8), se esecutore di un **Consorzio fra società cooperative di produzione e lavoro e Consorzio tra imprese artigiane;**
- le dichiarazioni di cui ai successivi punti 5.A.1), 5.A.2), 5.A.3), 5.A.4), 5.A.5), 5.A.6), 5.A.7), 5.A.8), 5.A.10), 5.A.11), se esecutore di un **Consorzio stabile.**

Si precisa che in caso di dichiarazioni mendaci il dichiarante assume le responsabilità di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000.

E' fatto **divieto** a ciascun componente il RTA/ATA o Consorzio ordinario di concorrenti, di partecipare alla procedura di accreditamento in altra forma individuale o associata.

E' consentita la presentazione di proposta di partecipazione anche da parte di soggetti che devono ancora costituirsi in consorzio ordinario di proponenti. In tal caso dovrà essere presentato impegno di costituzione del consorzio sottoscritto da tutti i rappresentanti legali che dovrà avere lo stesso contenuto e forma dell'impegno del costituendo RTA/ATA.

**N.B. Con riferimento alla sola Linea di prodotto n. 3 "Intervento Aiuti Familiari", il soggetto proponente, qualora si avvalga delle attività di una o più agenzie per l'impiego, dovrà impegnarsi a comunicare, dopo l'accreditamento, per ogni assistito, la denominazione dell'agenzia per l'impiego, iscritta nell'apposito albo di cui al D. Lgs. 276 del 10/09/2003 e s.m.i., di volta in volta scelta per il singolo intervento.**

#### **4. Modalità della proposta di accreditamento**

Il soggetto interessato ad essere inserito nell'elenco deve proporsi per l'accreditamento per almeno due linee di prodotto tra 1 (intervento educativo), 2 (intervento socio assistenziale), 3 (intervento aiuti familiari), 4 (intervento di custodia sociale).

La proposta di accreditamento per la linea di prodotto 5 (interventi aggiuntivi-peripherals") è facoltativa e considerata aggiuntiva e quale completamento delle altre linee di prodotto.

Il soggetto si impegna ad effettuare tutti gli interventi che compongono le linee di prodotto per cui risulterà accreditato.

Per la linea di prodotto 5) il soggetto si impegna ad effettuare uno o più interventi tra quelli proposti a titolo esemplificativo nella descrizione della linea di prodotto e/o a proporre eventualmente altri ritenuti utili.

**I soggetti proponenti dovranno indicare un massimo di 2 zone del decentramento cittadino nelle quali, possedendo i previsti requisiti successivamente indicati, intendono operare.  
Non è possibile indicare zone diverse per differenti linee di prodotto.**

E' vietato il sub-accreditamento.



L'**elenco** dei soggetti accreditati sarà **unico** per i residenti nel Comune di Milano che intendono usufruire a pagamento degli interventi previsti nelle linee di prodotto.

Per le linee di prodotto 1) 2) 3) e 4) sarà costituito un elenco per ciascuna zona in base alla graduatoria risultante dalla valutazione dei Requisiti di cui al punto 5B del presente Avviso. Tali **elenchi zonali** sono rivolti ai residenti che usufruiscono degli interventi con il supporto dei Servizi Sociali dell'Amministrazione Comunale.

Nel caso in cui non risultassero rappresentate tutte le linee di prodotto in ogni elenco zonale, si utilizzerà l'elenco zonale della zona più vicina o quello disponibile.

## **5. Requisiti SOGGETTIVI e DI QUALITA' richiesti ai fini dell'accreditamento**

**A:** Per l'accesso all'elenco dei soggetti accreditati del sistema della domiciliarità è richiesto il possesso dei seguenti **requisiti SOGGETTIVI**, in mancanza dei quali non si procederà alla fase di valutazione del livello della qualità degli interventi e servizi offerti.

I requisiti soggettivi sono:

1. insussistenza delle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione (in analogia a quanto disposto dall'art. 38 D.Lgs. 163/2006 e disposizioni espressamente indicate nella proposta di accreditamento predisposta dall'Amministrazione);
2. inesistenza, in analogia a quanto disposto dall'art. 38 comma 1 lett. m-quater del Codice dei Contratti, di forme di controllo di cui all'art. 2359 cod. civ. con soggetti proponenti e di aver formulato la proposta autonomamente **ovvero** di non essere a conoscenza della partecipazione alla presente procedura di altri proponenti con i quali si trova in una situazione di controllo e di aver formulato la proposta autonomamente **ovvero** l'esistenza di una situazione di controllo con altri proponenti e dichiara comunque di aver formulato autonomamente la proposta;
3. dichiarazione in carta semplice, in analogia a quanto disposto dall'art. 38 comma 1 lettere b), c), m-ter) e comma 2,:
  - del titolare e del direttore tecnico, se previsto, qualora si tratti di soggetto individuale;
  - dei soci e del direttore tecnico, se previsto, per le società in nome collettivo;
  - dei soci accomandatari e del direttore tecnico, se previsto, qualora si tratti di società in accomandita semplice;
  - di tutti gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza (inclusi i soggetti titolari di poteri sostitutivi e/o delegati – es. vicepresidenti) e del direttore tecnico, se previsto, e del socio unico, persona fisica, ovvero del socio di maggioranza, persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci, se si tratta di altro tipo di società o consorzio (per socio di maggioranza si intende il socio titolare di una quota pari o superiore al 50% del capitale sociale. In caso di due soci titolari ciascuno di una quota di capitale sociale pari al 50%, la dichiarazione dovrà essere resa da entrambi i soci. Nel caso di tre soci la dichiarazione dovrà essere resa solo dal socio titolare di una quota pari o superiore al 50% del capitale sociale);dell'inesistenza delle situazioni indicate al comma 1 lettere b), c), m-ter) e comma 2 dell'art. 38 del Codice dei contratti. (Con riferimento all'art. 38, comma 1 lett. c), il proponente indica tutte le condanne riportate, comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione. Il candidato non è tenuto ad indicare le condanne per reati depenalizzati o dichiarati estinti, le condanne revocate, quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione).

Inoltre dovrà essere presentata dichiarazione del legale rappresentante dalla quale risultino i nominativi di tutti gli amministratori muniti dei poteri di rappresentanza, nonché i nominativi di tutti i direttori tecnici se previsti;

4. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, in analogia a quanto disposto dall'art. 38 comma 1 lettere c, del legale rappresentante dalla quale risulti che nell'anno antecedente la data di pubblicazione dell'avviso:
  - a. non è stato sostituito né è cessato dalla carica il titolare o il direttore tecnico se previsto se si tratta di soggetto individuale, i soci o il direttore tecnico se previsto, se si tratta di società in nome collettivo, i soci accomandatari o il direttore tecnico se previsto se si tratta di società in accomandita semplice, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza o il direttore tecnico se previsto o il socio unico persona fisica ovvero il socio di maggioranza persona fisica in caso di società con meno di quattro soci se si tratta di altro tipo di società o consorzio;
  - b. ovvero qualora sia intervenuta una sostituzione o cessazione che nei loro confronti non sia stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del CPP per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale. E' comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari;
  - c. ovvero qualora sia intervenuta una sostituzione o cessazione e sia stata pronunciata, nei loro confronti, sentenza di condanna passata in giudicato o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del CPP per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale oppure condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari, che vi sia stata completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata di cui si allega copia.

Nel caso in cui nell'anno antecedente la data di pubblicazione dell'avviso sia avvenuta una cessione di azienda o di ramo d'azienda, incorporazione o fusione societaria, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui al presente punto deve essere prodotta, da parte del legale rappresentante della società cessionaria, incorporante o risultante dalla fusione con riferimento agli amministratori muniti dei poteri di rappresentanza e dei direttori tecnici, se previsti, che hanno operato presso la società cedente, incorporata o le società fuse, ovvero che sono cessati dalla relativa carica;
5. dichiarazione di iscrizione alla C.C.I.A.A. da cui risulti la proprietà, l'indicazione dei membri del collegio sindacale e che l'oggetto sociale del soggetto proponente risulta coerente con l'oggetto dell'avviso. La dichiarazione dovrà essere compilata anche nel caso di organismo non tenuto all'obbligo di iscrizione alla C.C.I.A.A. con riferimento ai dati comunque certificabili producendo, nel contempo, copia dell'Atto Costitutivo e dello Statuto;
6. dichiarazione di non aver emesso, senza autorizzazione ai sensi dell'art. 1 della L. 386/90 o senza provvista ai sensi dell'art. 2 della L. 386/90, assegno o più assegni in tempi ravvicinati e sulla base di una programmazione unitaria di importo superiore a € 51.645,69 ovvero di non aver, nei cinque anni precedenti, commesso due o più violazioni delle disposizioni previste dai precitati artt. 1 e 2 per un importo superiore complessivamente a € 10.329,14, accertate con provvedimento esecutivo;
7. iscrizione agli appositi albi previsti per legge;

8. adempimento del D.Lgs. 81/2008 in materia di sicurezza;
9. impegno a dotarsi di Assicurazione per operatori e clienti utenti (RCO, RCT), con esplicito riferimento al servizio in questione, con massimali per sinistro non inferiore a € 3.000.000,00- tremilioni/00= e con validità non inferiore alla durata dell'inserimento nell'elenco dei soggetti accreditati. La polizza dovrà essere comunque operativa alla data di sottoscrizione del Patto di accreditamento;
10. **affidabilità economica finanziaria:** possesso di un volume di affari almeno pari a:
- € 700.000,00 (IVA esclusa) annue, per ogni anno del triennio 2010-2011-2012 o, in alternativa, del triennio 2011-2012-2013 (purché il volume d'affari dell'anno 2013 sia già documentabile) quale requisito per le **2 Linee di prodotto** per le quali si propone l'accREDITamento;
  - incremento del fatturato almeno del 10%, da calcolarsi su € 700.000,00 (IVA esclusa) annue, per ogni linea di prodotto aggiuntiva, oltre alle prime due linee per cui si propone l'accREDITamento. Resta esclusa da tale incremento la linea di prodotto 5) interventi aggiuntivi "peripherals".

In caso di partecipazione in RTA/ATA/Consorzi Ordinari/Consorzio Stabile, il volume d'affari, richiesto dagli atti della procedura di accREDITamento, sarà comprovato dalla sommatoria dei singoli Volumi d'Affari posseduti dalla Capogruppo e da ciascun Mandante del raggruppamento;

11. **esperienza** almeno biennale, di cui almeno 12 mesi continuativi, nel quadriennio 2010/2011/2012/2013 nella gestione di interventi analoghi o assimilabili per oggetto a quelli della linea di prodotto per cui il soggetto chiede di essere accREDITato, svolti con buon esito per enti pubblici/soggetti privati per un importo annuo (al netto dell'IVA) almeno pari a € 70.000,00. Tale requisito deve essere posseduto per ciascuna linea di prodotto per la quale si propone l'accREDITamento, così come di seguito specificato:
- € 70.000,00 per la linea di prodotto n. 1) "intervento educativo",
  - € 70.000,00 per la linea di prodotto n. 2) "intervento socio-assistenziali"
  - € 70.000,00 per la linea di prodotto n. 4) "intervento di custodia sociale".
- Per le linee di prodotto n. 3) "intervento aiuti familiari" e n 5) "interventi aggiuntivi "peripherals" non è richiesto il requisito dell'esperienza.

In caso di partecipazione in RTA/ATA/Consorzi Ordinari/Consorzio Stabile, l'esperienza biennale richiesta dagli atti della procedura di accREDITamento, sarà comprovata dalla sommatoria delle singole esperienze possedute dalla Capogruppo e da ciascun Mandante del raggruppamento; l'esperienza di almeno 12 mesi continuativi dovrà essere posseduta da almeno uno dei componenti il raggruppamento;

Per maggiore chiarezza si esplicita che:

- per linea di prodotto **1) intervento educativo** – è considerata esperienza analoga e/o assimilabile la gestione di servizi/interventi/attività educativi diurni e/o domiciliari rivolti a minori da soli o con la famiglia e/o persone con disabilità sole o con la famiglia e/o persone adulte e/o anziane. Sono escluse precedenti esperienze a carattere prevalentemente animativo, didattico, residenziale e di sostegno scolastico.
- per linea di prodotto **2) intervento socio-assistenziale** – è considerata esperienza analoga e/o assimilabile la gestione di servizi/interventi/attività socio-assistenziali domiciliari, diurni e/o residenziali per minori da soli o con la famiglia, persone con disabilità sole o con la famiglia, persone adulte e/o anziane.

- per linea di prodotto **4) intervento di custodia sociale** - è considerata esperienza analoga e/o assimilabile la gestione di servizi/interventi/attività di tipo socio-assistenziale e/o educativo e/o similari;
- 12.** ogni soggetto singolo e/o associato si impegna ad indicare una figura professionale con funzioni di **referente unico** dell'organizzazione, quale interfaccia nei rapporti con il Comune di Milano; Il referente dovrà avere almeno 2 anni di esperienza nel ruolo di coordinatore gestionale ed organizzativo in servizi similari a quelli oggetto del presente avviso;
- 13.** disponibilità di **figure professionali** competenti e con specifico titolo professionale, loro adeguato inquadramento contrattuale con riferimento al contratto collettivo di lavoro nazionale di riferimento; in presenza di contratti di collaborazione il personale deve essere comunque qualificato e percepire competenze e compensi retributivi equivalenti a quelli del personale assunto.
- I titoli professionali richiesti per il personale che verrà utilizzato nella gestione degli interventi sono:*
- a. per linea di prodotto **1) intervento educativo**: laurea in scienze dell'Educazione ed equivalenti, Laurea in Servizio Sociale, qualifica post diploma di Educatore Professionale, Laurea in Pedagogia, Laurea in Psicologia oppure lauree umanistiche con aggiunta di 2 anni di esperienza specifica oppure Maturità con aggiunta di 5 anni di esperienza specifica (come indicato nella Deliberazione Giunta Regionale Lombardia del 16 febbraio 2005, n.20943). Sono escluse dall'esperienza specifica attività quali baby sitting, centri estivi, sostegno scolastico, doposcuola/prescuola, counseling/tutoraggio in corsi di formazione, attività animative, ecc.);
  - b. per linea di prodotto **2) intervento socio-assistenziale**: titolo di Ausiliario Socio Assistenziale, Operatore Socio Sanitario o altri titoli equivalenti, oppure licenza di scuola secondaria di primo grado accompagnata da un anno di esperienza specifica;
  - c. per linea di prodotto **3) intervento aiuto familiare**: età minima di 21 anni, assolvimento dell'obbligo scolastico e almeno 1 anno di esperienza documentabile nel ruolo di collaboratrice/tore familiare (badante / babysitter / colf / assistente familiare); frequenza di corsi di formazione specifica o di aggiornamento erogati da enti riconosciuti/accreditati in alternativa all'esperienza;
  - d. per linea di prodotto **4) intervento di custodia sociale**: diploma di scuola secondaria superiore o titolo di Ausiliario Socio Assistenziale, Operatore Socio Sanitario o altri titoli equivalenti accompagnati da tre anni di esperienza in lavoro territoriale, di coesione sociale, mediazione o integrazione sociale;
  - e. per linea di prodotto 5 non sono richiesti titoli specifici per il personale addetto, salvo quelli previsti come obbligatori per specifiche figure professionali.

E' inoltre richiesta la presenza di almeno un **coordinatore/trice tecnico metodologico** con impegno di lavoro per un monte ore full time (38 ore settimanali) ogni 50 operatori, attivi anche su più linee di prodotto.

La figura professionale/risorsa umana che ricopre tale funzione deve disporre dei seguenti titoli professionali:

laurea in discipline dell'area sociale, educativa o umanistica accompagnata da almeno 2 anni di esperienza specifica *oppure* diploma di maturità accompagnato da almeno 4 anni di esperienza specifica, *oppure* titolo di studio specifico (ASA/OSS e equivalenti) accompagnato da almeno 6 anni di esperienza specifica.

Per esperienza specifica si intende il coordinamento di equipe di operatori in servizi complessi analoghi o assimilabili per oggetto a quelli delle linee di prodotto 1), 2) e 4) con esclusione pertanto

di esperienze di coordinamento di attività di volontariato e a contenuto prevalentemente didattico e/o animativi;

14. tasso di turn-over del personale nell'anno 2013 inferiore a 2/5 del totale, se non per cause di forza maggiore. Tale requisito sarà oggetto di verifica periodica;
15. impegno a garantire incontri di supervisione a cadenza mensile per tutti gli operatori impegnati nella realizzazione degli interventi (ad esclusione della linea di prodotto interventi aggiuntivi-“peripherals”);
16. impegno a garantire adeguati programmi di aggiornamento e formazione di almeno 12 ore annue per ogni operatore impegnato nella gestione degli interventi (esclusa la linea di prodotto 5) interventi aggiuntivi-“peripherals”) con contenuti metodologici specifici rispetto agli interventi in cui il personale è impiegato. Del programma di formazione non fa parte la formazione obbligatoria prevista dalla legge;
17. impegno a dotarsi (entro 30 gg dalla data di comunicazione dell'accreditamento) di una sede operativa nel territorio cittadino, per svolgere compiti di informazione e comunicazione nonché attività di contatto/sportello accessibile al pubblico. La sede deve essere dotata di fax e di segreteria telefonica, collegamento a internet/indirizzo di posta elettronica, essere priva di barriere architettoniche e rispettare un orario minimo di apertura settimanale di 20 ore;
18. **solo per le linee di prodotto 1) intervento educativo e 2) intervento socio-assistenziale:** impegno a dotarsi di spazi adeguati per lo svolgimento di attività educative e/o animative di gruppo in ogni zona in cui viene richiesto l'accreditamento. Gli spazi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia di civile abitazione ed essere privi di barriere architettoniche. Entro trenta giorni dalla comunicazione di inserimento nell'elenco dei soggetti accreditati dovrà essere documentato il titolo d'uso/disponibilità, anche non esclusivo, dei luoghi/spazi sopra indicati (es. proprietà, affitto, comodato gratuito, ecc);
19. impegno a dotarsi (entro 30 gg dalla data di comunicazione dell'accreditamento) di Carta dei servizi, elaborata secondo le indicazioni fornite dall'Amministrazione, contenente le modalità di erogazione delle diverse tipologie di intervento, i beneficiari, le prestazioni assicurate, gli standard di qualità del servizio, i diritti/doveri dei fruitori, le relative procedure di tutela, le modalità previste per osservazioni e richiami, i processi di verifica della “customer satisfaction”;
20. impegno ad utilizzare il sistema informativo specifico indicato da Comune di Milano per la gestione e rendicontazione degli interventi;
21. impegno ad attivare un sistema di riscossione delle quote di compartecipazione alla spesa da parte dei fruitori e determinate dall'Amministrazione Comunale
22. impegno ad interagire con l'Amministrazione Comunale e/o eventuali Soggetti Aggiudicatari/Gestori di servizi dell'Amministrazione stessa e da questa indicati al fine di costituire una rete strutturata di informazioni nell'ambito del Sistema della Domiciliarità. In particolare per quanto riguarda la Linea di Prodotto n. 3 Aiuti Familiari il Soggetto Accreditato si impegna ad aderire, senza oneri aggiuntivi, alla Piattaforma dedicata al Comune di Milano nell'ambito del Servizio di Supporto, Formazione e Counseling per assistenti familiari e famiglie e per lo sviluppo di un sistema di governance dei fenomeni correlati (c.d. Sportello Badanti);

L'inesistenza anche di uno solo dei requisiti SOGGETTIVI sopra indicati comporterà la non accettazione della proposta di accreditamento.

**B:** Per l'inserimento negli elenchi zonali dei soggetti accreditati del sistema della domiciliarità **per le linee di prodotto 1) 2) 3) e 4)** è richiesto il possesso dei seguenti **requisiti DI QUALITA'**.

I **requisiti DI QUALITA'** saranno sottoposti a valutazione con l'attribuzione dei punteggi massimi indicati per ciascun requisito.

Il totale del punteggio attribuito per i requisiti DI QUALITA' è pari a 100 punti così suddivisi:

<b>B 1</b>	<b>Dimensione organizzativa/gestionale</b>	Unica per linee di prodotto 1),2),3) e 4)	<b>Punteggio massimo = punti 45</b>
<b>B 2</b>	<b>Dimensione relazionale/metodologica</b>	Specifica per linea di prodotto	<b>Punteggio massimo = punti 55</b>

**1) Dimensione organizzativa/gestionale: unica per le linee di prodotto 1), 2), 3) e 4)**  
*potrà essere attribuita una valutazione di **max punti 45***

**1a) Per soggetto che si propone singolarmente:**

Descrizione, in forma di organigramma, della **configurazione organizzativa** del soggetto proponente in relazione ad ogni linea di prodotto sulla quale intende accreditarsi

**1a) Per soggetto che si propone in RTA/ATA - Consorzi**

Descrizione, in forma di organigramma, delle **modalità di coordinamento e raccordo** tra i diversi soggetti che costituiscono l'RTA/ATA, da cui si evidenzia il ruolo di ciascuno in relazione ad ogni linea di prodotto e alla loro gestione

max 1 cartella A4 o A3

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 12 punti

**1b) Partecipazione alla linea di prodotto interventi aggiuntivi Peripherals.** Dettagliare con quali risorse e competenze verrebbero attuati gli interventi proposti nella linea di prodotto 5).

max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 5 punti

**1c) Radicamento nel territorio**

Descrivere **attività riguardanti l'oggetto dell'accreditamento, o servizi e prestazioni complementari e/o affini**, (escluse attività animative e didattico-formative) **supplementari all'esperienza richiesta al punto 5.A11**, svolte in favore di minori/adolescenti, persone con disabilità, persone anziane e/o adulte negli anni 2011/2012/2013 **nelle zone del decentramento cittadino** indicate nella proposta di accreditamento

attraverso la compilazione dell'allegato B

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 20 punti

**1d) Possesso di certificazione di qualità**

Allegare copia autenticata della **certificazione in corso di validità** documentata mediante dichiarazione dell'ente certificatore dalla quale risulti la data dell'ultima verifica ispettiva e la data programmata per la successiva, conforme alle norme UNI EN ISO 9000, rilasciata da organismi accreditati ai sensi delle norme europee della serie UNI CEI EN 45000 e della serie UNI CEI EN ISO/IEC 17000.

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 2 punti

- 1e) Descrizione dei sistemi di contrasto del turn-over**, delle forme di incentivazione e stabilizzazione del personale, delle strategie e misure messe in atto per incrementare il benessere del personale, delle iniziative per la conciliazione dei tempi di lavoro, della rilevazione della soddisfazione del personale. Indicazione del tasso di turn over del personale complessivo nell'anno 2012.

max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 6 punti

**IN SINTESI:**

Dimensione organizzativa/gestionale	documentazione	Punteggio massimo = punti 45
1a) Configurazione organizzativa / Modalità di coordinamento e raccordo	max 1 cartella	punti 12
1b) Partecipazione linea di prodotto 5)	max 1 cartella	punti 5
1c) Radicamento nel territorio	Allegato B	punti 20
1d) Certificazione di qualità	Copia certificazione	punti 2
1e) Contrasto del turn over	max 1 cartella	punti 6

- 2) Dimensione relazionale – metodologica: specifica per linea di prodotto 1) intervento educativo e/ linea di prodotto 2) intervento socio-assistenziale**  
*potrà essere attribuita una valutazione di max punti 55*

- 2a) Descrizione della metodologia** che si intende adottare **specifica per età dei destinatari e problematiche** sulle quali intervenire; eventuali **elementi innovativi** che si intendono promuovere  
max 2 cartelle formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 15 punti

- 2b) Presentazione delle modalità di lavoro** che il soggetto accreditando intende adottare **per rendere efficace la co-progettazione** degli interventi con l'ente/servizio inviante  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 6 punti

- 2c) Presentazione delle strategie metodologiche e progettuali** che si intendono perseguire per sviluppare un intervento che ponga centralità sulla dimensione familiare oltre che sul singolo portatore di specifici bisogni; contestualizzazione nel territorio di riferimento  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 13 punti

- 2d) Presentazione delle **modalità di documentazione degli interventi** (es. schede di progettazione, schede di valutazione), degli strumenti di monitoraggio e valutazione che si intendono adottare  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnic potrà attribuire una valutazione di max 13 punti

- 2e) Esplicitare le modalità di **lavoro in rete** con altri soggetti al fine di qualificare l'intervento nel territorio di riferimento  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 8 punti

**IN SINTESI:**

<b>B 2 Dimensione relazionale/metodologica per linea di prodotto 1)</b>	documentazione	<b>Punteggio massimo = punti 55</b>
2a) Metodologia specifica / elementi innovativi	All C - max 2 cartelle	punti 15
2b) Modalità di lavoro per efficacia co-progettazione	All C - max 1 cartella	punti 6
2c) Strategie metodologiche e progettuali	All C - max 1 cartella	punti 13
2d) Documentazione degli interventi	All C - max 1 cartella	punti 13
2e) Lavoro in rete nel territorio di riferimento	All C - max 1 cartella	punti 8

**IN SINTESI:**

<b>B 2 Dimensione relazionale/metodologica per linea di prodotto 2)</b>	documentazione	<b>Punteggio massimo = punti 55</b>
2a) Metodologia specifica / elementi innovativi	All D - max 2 cartelle	punti 15
2b) Modalità di lavoro per efficacia co-progettazione	All D - max 1 cartella	punti 6
2c) Strategie metodologiche e progettuali	All D - max 1 cartella	punti 13
2d) Documentazione degli interventi	All D - max 1 cartella	punti 13
2e) Lavoro in rete nel territorio di riferimento	All D - max 1 cartella	punti 8

**3) Dimensione relazionale – metodologica specifica per linea di prodotto 3) intervento aiuti familiari**  
*potrà essere attribuita una valutazione di max punti 55*

- 3a) Descrizione della **modalità di connessione e delle sinergie fra personale professionale e assistenti/collaboratori familiari** (declinare specifici supporti per sviluppare un intervento che ponga centralità sulla dimensione familiare oltre che sul singolo portatore di specifici bisogni, quando presente personale professionale, cioè quando sono attivati anche interventi delle linee di prodotto 1), 2) e 4));

max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 15 punti



- 3b)** In caso di intervento in assenza di aiuti professionali, cioè quando non sono attivati altri interventi previsti nel presente Avviso, descrizione delle **modalità di ascolto e decodifica della domanda diretta di aiuti familiari** per l'analisi del bisogno della singola persona e della sua dimensione familiare e sociale  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12  
Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 15 punti
- 3c)** Esplicitazione di strumenti e modalità di **documentazione del percorso di lavoro** degli assistenti/collaboratori familiari e dell'intervento di assistenza alla contrattualistica diretta  
max 2 cartelle formato A4 solo fronte carattere 12  
Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 9 punti
- 3d)** Presentazione delle **modalità di supporto formativo/informativo dei collaboratori familiari** con riferimento alle diverse situazioni esplicitate ai punti 3a) e 3b) ed esemplificazione di eventuali supporti innovativi attivabili e/o di percorsi specifici di affiancamento, in particolare per personale con funzione di "badante" (es. riconoscimento ore di impegno per apprendimento della lingua italiana)  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12  
Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 8 punti
- 3e)** Esplicitare le modalità di **lavoro in rete** con altri soggetti al fine di qualificare l'intervento nel territorio di riferimento  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12  
Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 8 punti

**IN SINTESI:**

<b>B 3</b>	<b>Dimensione relazionale/metodologica</b> <small>Per linea di prodotto 3)</small>	documentazione	<b>Punteggio massimo = punti 55</b>
3a)	Connessione e sinergie	All E - max 1 cartelle	punti 15
3b)	Modalità di ascolto e decodifica domanda diretta	All E - max 1 cartella	punti 15
3c)	Documentazione del percorso di lavoro	All E - max 2 cartelle	punti 9
3d)	Modalità di supporto formativo/informativo	All E - max 1 cartella	punti 8
2e)	Lavoro in rete nel territorio di riferimento	All E - max 1 cartella	punti 8

- 4) Dimensione relazionale – metodologica specifica per linea di prodotto 4) intervento di custodia sociale**  
*potrà essere attribuita una valutazione di **max punti 55***
- 4a)** Presentazione del **contesto territoriale** in cui si prevede di operare e **descrizione del bisogno e delle problematiche** sulle quali si intende intervenire; eventuali **elementi innovativi** che si intendono promuovere  
max 2 cartelle formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 8 punti

- 4b) Presentazione delle **modalità di lavoro** che il soggetto accreditando intende adottare **per rendere efficace la co-progettazione** degli interventi con l'ente/servizio inviante  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 6 punti

- 4c) Presentazione delle **strategie metodologiche e progettuali** che si intendono perseguire per sviluppare un intervento che ponga centralità sulla dimensione familiare oltre che sul singolo portatore di specifici bisogni; contestualizzazione nel territorio di riferimento  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 13 punti

- 4d) Presentazione delle **modalità di documentazione degli interventi** (es. schede di progettazione, schede di valutazione), degli strumenti di monitoraggio e valutazione che si intendono adottare  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 13 punti

- 4e) Esplicitare le modalità di **lavoro in rete** con altri soggetti al fine di qualificare l'intervento nel territorio di riferimento  
max 1 cartella formato A4 solo fronte carattere 12

Con riferimento a tale requisito la commissione tecnica potrà attribuire una valutazione di max 15 punti

**IN SINTESI:**

<b>B 2 Dimensione relazionale/metodologica</b> per linea di prodotto 4)	documentazione	<b>Punteggio massimo = punti 55</b>
4a) Contesto territoriale / Bisogni e problematiche / elementi innovativi	All F - max 2 cartelle	punti 8
4b) Modalità di lavoro per efficacia co-progettazione / contestualizzazione nel territorio	All F - max 1 cartella	punti 6
4c) Strategie metodologiche e progettuali	All F - max 1 cartella	punti 13
4d) Documentazione degli interventi	All F - max 1 cartella	punti 13
2e) Lavoro in rete nel territorio di riferimento	All F - max 1 cartella	punti 15

Saranno inseriti nell'elenco dei soggetti accreditati tutti i soggetti proponenti che raggiungeranno la soglia minima di valutazione pari a 70 punti.

**N.B. Si precisa che i soggetti che non raggiungeranno la valutazione minima in almeno due linee di prodotto per cui propongono l'accreditamento non verranno inseriti nell'elenco dei soggetti accreditati.**

## **6. Presentazione della documentazione**

Ciascun soggetto interessato all'accREDITAMENTO dovrà presentare:

- 1) proposta scritta (utilizzando l'apposito allegato A "proposta") per l'inserimento nell'elenco dei soggetti accreditati del sistema della domiciliarità, con l'indicazione obbligatoria di massimo 2 zone del decentramento cittadino;
- 2) proposta relativa alla **Dimensione organizzativa/gestionale (unica per le Linee di prodotto 1, 2, 3 e 4)**
- 3) proposta relativa alla **Dimensione relazionale – metodologica (compilare una proposta specifica per ciascuna linea di prodotto)**
- 4) Patto di Integrità sottoscritto.

In base a tali indicazioni e sulla scorta delle valutazioni di cui al precedente punto 5B si procederà a comporre ed approvare gli elenchi zonal.

Gli atti e la modulistica relativi al presente Avviso potranno essere ritirati gratuitamente presso INFOPOINT - L.go Treves, 1 – piano terreno - Milano, tel. 0288463000, orari 8.30 – 12 e 14 – 15 nonché visionati e scaricati all'indirizzo internet: [www.comune.milano.it](http://www.comune.milano.it). - sezione "Avvisi".

Il plico contenente la documentazione/dichiarazioni richieste dev'essere chiuso e sigillato\*, e pervenire all'**Ufficio Protocollo** della Direzione Centrale Politiche Sociali e Cultura della Salute – L.go Treves, 1 – Milano - piano terreno , tel. 0288453360, dalle ore 8,30 alle ore 12,00 e dalle ore 13,45 alle ore 15,15 di tutti i giorni lavorativi, con esclusione del sabato, **entro le ore 15,15 del 9 maggio 2014, a pena di esclusione**, a mezzo di servizio postale, Agenzia di recapito autorizzata, oppure mediante consegna a mano. *Del giorno e ora di arrivo del plico, nel caso di recapito diretto con consegna a mano da parte del proponente oppure con consegna tramite agenzia di recapito/corriere, farà fede esclusivamente la ricevuta/timbro apposta dall'Ufficio Protocollo.* L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità circa ritardi dovuti a disservizi degli incaricati della consegna.

Il plico deve recare all'esterno, oltre ai riferimenti del soggetto partecipante la seguente dicitura "**AVVISO PUBBLICO PER LA COSTITUZIONE DELL'ELENCO DEI SOGGETTI ACCREDITATI DEL SISTEMA DELLA DOMICILIARITA'**", la data e ora di scadenza dei termini di presentazione delle offerte indicata nel presente avviso e il riferimento circa il contenuto.

\*Per sigillo si intende una qualsiasi impronta o segno (sia impronta impressa su materiale plastico come ceralacca o piombo, sia striscia incollata sui lembi di chiusura con timbri e firme) tale da confermare l'autenticità della chiusura originaria proveniente dal mittente ed escludere così qualsiasi possibilità di manomissione del contenuto.

### **RESPONSABILITA' INERENTE AL RILASCIO DI DICHIARAZIONI:**

La sottoscrizione delle succitate dichiarazioni, da parte dei legali rappresentanti dell'impresa, non è soggetta ad autenticazione, purché venga allegata copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000.

Si rammenta la responsabilità penale cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci. L'Amministrazione effettuerà, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Qualora dai predetti controlli emergesse la non veridicità del contenuto delle stesse, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e si procederà alla conseguente denuncia penale.

## **7. Commissione tecnica per accreditamento**

Le proposte di ammissione all'Elenco saranno vagliate da una Commissione tecnica costituita con Determinazione Dirigenziale, rappresentativa dei saperi e delle competenze che si intendono qualitativamente rilevanti per le Linee di prodotto di riferimento, e con il supporto della Direzione Centrale Opere Pubbliche e Centrale Unica Appalti - Settore Gare Beni e Servizi.

La Commissione tecnica verifica la sussistenza dei requisiti soggettivi per l'accreditamento, la regolarità delle dichiarazioni e dei documenti presentati, la mancanza delle condizioni e situazioni che costituiscono cause di esclusione e successivamente valuta i requisiti di qualità;

La modalità di attribuzione dei punteggi per i requisiti di qualità è la seguente:

per quanto riguarda gli elementi e i sub-elementi della Dimensione organizzativa/gestionale e gli elementi e i sub-elementi della Dimensione relazionale – metodologica di ogni proposta di accreditamento, i relativi coefficienti saranno determinati sulla base del giudizio espresso dai membri della Commissione preposta alla valutazione e secondo la seguente tabella:

<b>SCALA DI VALUTAZIONE</b>	<b>V(a)j -Coeff.</b>
Non valutabile	0
Parzialmente adeguato	0,3
Sufficiente	0,6
Discreto	0,7
Buono	0,8
Ottimo	1

La determinazione del punteggio, relativo ad ogni singolo elemento/sub elemento avverrà moltiplicando il coefficiente, assegnato dalla Commissione Tecnica, per il punteggio massimo attribuibile all'elemento/sub-elemento in questione.

La sommatoria di tutti i punteggi parziali così determinati, relativi ad ogni singolo elemento/sub elemento, definirà il punteggio di qualità ottenuto dalla proposta del soggetto accreditando.

Inoltre, la Commissione definisce la composizione dell'Elenco, secondo i criteri di cui agli artt. 4 e 5 del presente avviso.

Tale Elenco verrà approvato con successivo provvedimento dirigenziale.

## **8. Durata dell'Elenco**

L'Elenco dei soggetti accreditati avrà durata dall'1/9/2014 al 31/12/2017.

Si procederà nel contempo per tutto il periodo a verificare il mantenimento dei requisiti di ammissione.

L'Amministrazione provvederà a riaprire i termini dell'Avviso di Accreditamento trascorsi i primi 24 mesi dall'approvazione e pubblicazione dell'Elenco dei Soggetti Accreditati del sistema della Domiciliarità.

## **9. Comunicazioni e formulazione dell'Elenco unico e degli elenchi zonalì nonché della graduatoria zonale ad uso dell'amministrazione**

L'elenco unico dei soggetti accreditati ed i relativi elenchi zonalì saranno affissi all'Albo Pretorio e pubblicati sul sito internet del Comune di Milano [www.comune.milano.it](http://www.comune.milano.it).

Ai soggetti che hanno presentato proposta di accreditamento verrà data comunicazione dell'esito della procedura di inserimento nell'elenco generale definitivo e nelle graduatorie degli elenchi zonalì.

Si ricorda che il solo accreditamento non dà automaticamente diritto ad acquisire finanziamenti pubblici: eventuali prestazioni acquisite dall'Amministrazione Comunale a qualsiasi titolo saranno regolate da specifici contratti.

## **10. Utilizzo del sistema di Accreditamento**

La scelta tra i soggetti accreditati seguirà i seguenti criteri:

- A. In caso di richiesta diretta** ai soggetti accreditati il cittadino (non in carico ai servizi sociali territoriali dell'Amministrazione) sceglierà autonomamente tra tutti i soggetti accreditati **nell'Elenco Unico Cittadino** quello con cui sottoscrivere un Piano di Intervento per sé o per un proprio familiare. Ciò gli consente di godere delle garanzie di controllo della qualità offerte dall'Amministrazione e usufruire dell'applicazione del prezzo concordato dall'Amministrazione per le prestazioni da effettuare;
- B. In caso di richiesta spontanea** ai Servizi Sociali e/o in presenza di Provvedimenti della Magistratura, senza limitazione di potestà/responsabilità genitoriale, il cittadino, che possiede i requisiti per essere preso in carico dal Comune e viene autorizzato ad usufruire del servizio, **sceglierà direttamente** il soggetto erogatore all'interno **dell'elenco zonale di riferimento**
- C. In presenza di provvedimento della Magistratura di Affidamento Giuridico limitativo di potestà genitoriale o di Tutela/Amministrazione di Sostegno al Comune di Milano, per gli interventi di Custodia Sociale e per particolari e specifici servizi urgenti e/o temporanei**, il Servizio Sociale territoriale sceglierà quale gestore dell'intervento il primo soggetto della graduatoria zonale di riferimento, o comunque il primo disponibile in caso di rifiuto del primo soggetto in graduatoria nel rispetto delle valutazioni ottenute dai soggetti accreditati ai sensi dell'art.5 e della continuità degli interventi.

## **11. Sistema e strumenti di valutazione dei soggetti accreditati**

Il Comune intende monitorare e incentivare lo sviluppo e la diffusione di prestazioni di qualità tra i soggetti accreditati.

Ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento, nonché per la valutazione qualitativa delle prestazioni svolte dai soggetti accreditati, il Comune si doterà, anche avvalendosi di supporti esterni, di idonei strumenti di rilevazione, verifica e valutazione.

## **12. Informazioni**

Il presente Avviso, unitamente a tutta la documentazione allegata, viene pubblicato sul sito internet [www.comune.milano.it](http://www.comune.milano.it), all'Albo Pretorio del Comune di Milano e pubblicizzato anche attraverso ulteriori e specifici canali informatici.

L'Amministrazione organizza un incontro pubblico per la presentazione dell'Avviso il giorno 16 aprile 2014 alle ore 10 presso la Casa dei Diritti in Via De Amicis 10.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati possono inviare fax al n°02 884.64486 o inviare mail al seguente indirizzo [PSS.Accreditamento@comune.milano.it](mailto:PSS.Accreditamento@comune.milano.it).

Le risposte ad eventuali quesiti verranno pubblicate sul sito del Comune di Milano – Sezione Avvisi.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.4 della Legge n.241 del 7 agosto 1990 si informa che il Responsabile del Procedimento è il Direttore del Settore Servizi per le Persone con Disabilità, Salute Mentale e Domiciliarità.

## **13. Trattamento dei dati**

Si informa che i dati personali di cui il Comune di Milano verrà in possesso, a seguito dell'emanazione del presente avviso, saranno trattati nel rispetto del decreto legislativo 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, e s.m.i.