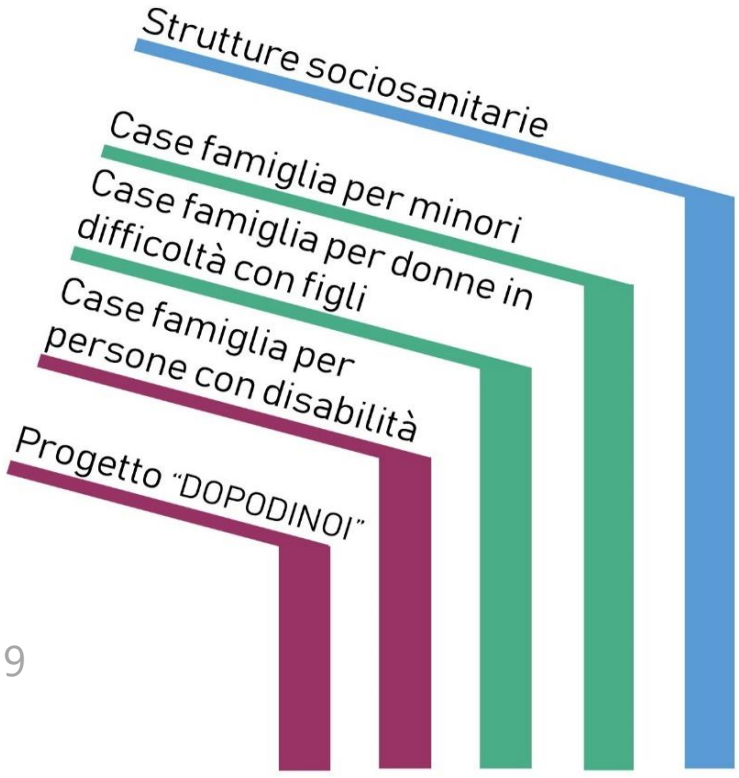
NUOVA VERSIONE
aggiornata al nuovo CCNL 2019

Casa al Plurale

COME FUNZIONA E QUANTO COSTA UNA CASA FAMIGLIA

a cura di **Luigi Vittorio Berliri**



versione aggiornata a novembre 2019

Casa al Plurale

come funziona e quanto costa una casa famiglia

Lavoro a cura di Luigi Vittorio Berliri

www.casaalplurale.org

versione 21.01 web e carta Indice Istat: DATA DI PUBBLICAZIONE: 15 NOVEMBRE 2019

Nota: questo studio è la rielaborazione di un analogo documento che ha ricevuto nel marzo 2015 il patrocinio di Roma Capitale.

ROMA CAPITALE
Assessorato alle Politiche sociali, Salute, Casa ed Emergenza Abitativa

Indice

Prefazione 4

Quante sono le persone in casa famiglia nel Lazio 8

Il senso di vivere in comunità - Ignazio Punzi 9

Approfondimenti

Casa famiglia per bambini con disabilità complessa 14

L'integrazione sociosanitaria 24

Leggi nazionali e regionali di tipo sociosanitario 32

Normativa sociale e sanitaria per le strutture residenziali 47

I costi 58

Introduzione alla sezione "costi" 59

Spiegazione dettagliata dei costi di una casa per otto persone con disabilità 61

Gruppo appartamento in base alla legge "dopo di noi" 75

Struttura sociosanitaria per otto persone con disabilità 79

Casa Famiglia per bambini e adolescenti 83

Riepilogo dei costi annuali per tutte le strutture 90

Costi generali delle strutture 91

Il costo del lavoro secondo il ccnl negli anni 94

Tabelle ISTAT con aumento costo della vita negli anni 102

Note

Note esplicative 104

Appendice alle note 108

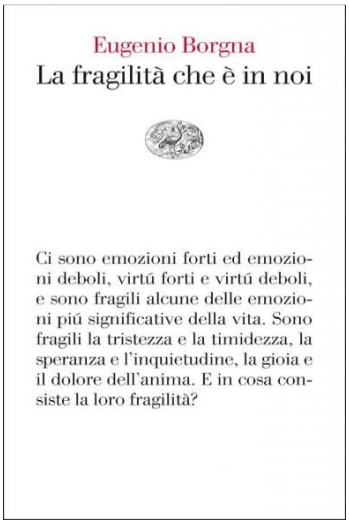
Prefazione

Dare una casa, e non un tetto di un qualsiasi istituto, a minori, a mamme con i loro figli e a persone con disabilità ed essere così famiglia per chi la famiglia non ce l'ha: questo è il compito che le Case Famiglia di Roma e del Lazio ogni giorno portano avanti, nonostante le molte difficoltà. Ma tutto ciò ha ovviamente un costo.

Chi vive in casa famiglia? Le persone più fragili. Le cose fragili, tutte, hanno bisogno di essere "trattate con cura". Così è scritto sui pacchi postali: "handle with care". Di solito "fragile" è anche sinonimo di "prezioso": una macchina fotografica, un pianoforte, un violino sono "fragili". E allo stesso tempo bellissimi.

Al tema della fragilità lo psichiatra Eugenio Borgna ha dedicato un emozionante libro: "Che cosa sarebbe proprio la speranza se non fosse nutrita di fragilità? Forse solo una delle tante problematiche certezze che - osserva - nella loro impermeabilità al dubbio svuotano di senso la vita..."

Nelle parole di Borgna, la fragilità è anche grazia, linea luminosa della vita, destino comune che, in quanto tale, ci avvicina agli altri. Nel suo libro scrive che: "le persone fragili hanno bisogno delle comunità di cura". Con comunità egli non si riferisce a strutture di segregazione, ma a quartieri, città, comunità - appunto - capaci di accogliere e di dare risposte. Perciò le "case famiglia" vogliono essere un modello inclusivo, in cui le persone vivono in contesti normali, nella città, e non isolate dietro le mura di un istituto. In cui la città non delega ad altri né alle case famiglia la cura. Quindi compito delle case famiglia è aprire le porte, integrarsi nella comunità e richiedere con forza (ed è anche il compito di questo testo) la giusta retribuzione del lavoro, che si fa a nome e per conto e assieme alla città!



Così, per capire quale sia il prezzo del prendersi cura dei cittadini più fragili di Roma e del Lazio e per offrire un documento preciso ed esaustivo a chi ha il potere di decidere quanto stanziare, Casa al Plurale ha realizzato, grazie all'interlocuzione con l'Assessorato alle Politiche sociali della Regione Lazio, questa edizione del dossier "Come funziona una casa famiglia?", che nel 2015 ha ricevuto il patrocinio dell'Assessorato alle Politiche sociali e Salute del Comune di Roma.

Lo studio che segue analizza i costi standard di varie tipologie di Case Famiglia. Donne con bambini, bambini e ragazzi adolescenti per varie fasce di età, persone con disabilità lievi e gravi. È stata inoltre fatta una analisi dettagliata dei costi delle Case Famiglia previste dalla legge del 22 giugno 2016, n. 112 comunemente chiamata "legge dopo di noi". In questa versione, totalmente aggiornata, è stata inserita anche una ampia sezione dedicata alle case sociosanitarie per persone con disabilità. Una nuovissima tipologia, tutta da implementare. Sono inoltre ricalcolati tutti i costi sulla falsariga della delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017 e della determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017.

Si tratta di uno studio analitico in cui vengono evidenziati tutti i costi per il corretto funzionamento delle Case Famiglia. Dai costi di luce e gas a quelli dell'acqua, dal cibo fino agli affitti, dalle assicurazioni dei veicoli agli estintori. Infine c'è il costo del lavoro, la voce in realtà più importante, che assorbe circa il 75% della spesa necessaria. Si tratta del costo degli stipendi per gli educatori, gli operatori socio sanitari e i tanti altri professionisti, tutte figure previste per legge, che lavorano su turni 24h al giorno 365 giorni l'anno.

Queste persone sono coloro i quali ricostruiscono le storie delle donne vittime di tratta, sono coloro che ridanno fiducia ai bambini abusati a volte anche dagli stessi genitori, sono le mani che imboccano o lavano le persone con gravi disabilità: sono soprattutto gli strumenti dei percorsi di cittadinanza di tutte queste categorie fragili. Basterebbe anche solo moltiplicare il numero di ore/lavoro necessarie per il costo orario (due numeri assolutamente oggettivi) per comprendere il gap tra quanto attualmente stanziato e quanto necessario.

Questo gap viene parzialmente colmato grazie agli enormi sacrifici fatti dai lavoratori, con l'indebitamento bancario dell'ente gestore, con la raccolta fondi (rinunciando a quello per cui sarebbe deputata: viaggi, svago, benessere delle persone) per coprire quello che le amministrazioni pubbliche dovrebbero garantire.

È stato, giustamente, detto no ai grandi istituti. Alle strutture disumanizzanti dove una sola persona deve gestirne 20 e nessun progetto personale è possibile oltre al ricorso alla contenzione fisica o farmacologica. Abbiamo rifiutato i ghetti in virtù di modelli di accoglienza in grado di garantire la piena cittadinanza a tutte le persone che vengono ospitate. Case e non tetti, persone e non utenti. Le case famiglia sono case "normali", calde ed accoglienti. E certamente costano molto di più degli istituti...

In sintesi

Mamme con bambino

Queste Case Famiglia possono accogliere fino ad un massimo di 4 nuclei di madri con i loro figli. La retta che sarebbe necessaria secondo questo dossier è notevolmente superiore a quella attualmente erogata dal Comune di Roma. Secondo i dati a nostra disposizione (fonte: Istat http://www.istat.it/it/archivio/176622 Tavola 3.7) le strutture esistenti attualmente ospitano 245 donne con bambini in tutta la Regione Lazio di cui 189 nella Capitale.

Occorre tenere presente che un conto è l'offerta di posti, altro il bisogno reale, sul quale in questa sede non ci addentriamo. Segnaliamo, come dato di enorme criticità, il fatto che attualmente la retta per la mamma sia prevista solo per i primi sei mesi di permanenza in casa.

Bambini e adolescenti

Si tratta di case per un massimo di sei bambini o otto adolescenti (oltre a due posti per l'accoglienza temporanea in emergenza). Le case famiglia ospitano 1697 bambini e adolescenti in tutta la Regione Lazio di cui 705 nel Comune di Roma.

Persone con lieve disabilità

Le Case Famiglia per persone con disabilità ospitano fino a un massimo di otto persone. Se si tratta di persone autonome, sono sufficienti due operatori per ogni turno (vedremo per le persone con disabilità complessa la necessità di un rapporto diverso tra operatori e persone accolte). Secondo i dati a nostra disposizione (fonte Istat 2013, Comune di Roma e Regione Lazio) le strutture ospitano 284 persone con disabilità 'medio-lieve' nella Regione Lazio di cui 182 nel Comune di Roma.

Persone con disabilità complessa

In questo caso abbiamo ipotizzato una casa con un massimo di sei persone e tre operatori in ogni turno; è impensabile prevedere numeri diversi. Queste Case Famiglia ospitano 716 persone con disabilità 'medio grave' nella Regione Lazio di cui 460 nel Comune di Roma.

Progetto D*opo di noi*

Si tratta di un progetto innovativo, previsto dalla legge del 22 giugno 2016, n. 112, nota come "legge sul dopo di noi". In questo caso la norma prevede gruppi di quattro persone più un posto per l'emergenza. Ma il carico assistenziale è quasi sempre notevole, trattandosi di persone 'con handicap grave ai sensi della legge 104' per cui si rendono necessari almeno due operatori per ogni turno.

Strutture sociosanitarie

Si tratta di case in cui la progettazione e la partecipazione alla spesa è sociale e sanitaria, così come previsto dai LEA (livelli essenziali di assistenza), con una compartecipazione sanitaria al 40% o al 70% a seconda della complessità. Una ampia riflessione sull'approccio integrato alla persona la si trova nella nuova sezione che questo volume dedica al tema.

Aumento del costo della vita in base all'indice ISTAT

Negli anni il costo della vita e del lavoro è andato aumentando, ma non in modo coerente con l'aumento delle rette. In fondo a questo studio riportiamo le tabelle ISTAT con l'andamento dell'indice dei prezzi al consumo.

Riduzione dei costi di gestione

Il presente studio evidenzia quanto costa la gestione di una struttura residenziale ai sensi della normativa vigente. Segnaliamo che è possibile immaginare la riduzione di alcuni costi. In molti casi il lavoro notturno non è oneroso come quello diurno, ma le regole contrattuali vigenti non consentono di conseguire una diminuzione di questo costo, neppure in quei casi in cui è richiesta una mera funzione di vigilanza. Il costo di otto ore di un operatore notturno è di circa 60.000 euro l'anno.

A nostro avviso non è ipotizzabile abbassare i costi del personale riducendolo ulteriormente rispetto a quanto previsto, a meno di non voler tornare ai vecchi istituti, casermoni nei quali vivono tante persone con un assistente ogni cinque persone! Viceversa una piccola riduzione dei costi è ipotizzabile qualora un ente pubblico decida di voler mettere gratuitamente a disposizione la casa. Il costo dell'affitto incide, a seconda delle persone ospitate, per circa 24.000 euro annui. Questa ipotesi non risolverebbe affatto il problema dei costi, se non in percentuali poco significative.

Il valore di ogni vita

Ebbene sì, una persona fragile costa alla sua comunità. Qualcuno, anni fa, ipotizzò di sopprimere tutte le persone fragili perché "costavano troppo allo Stato". Casa al Plurale crede invece nel valore pieno della vita di ciascuna persona, e crede nella sua dignità e nella dignità del lavoro di chi se ne prende cura. Questa dignità ha un costo.

In conclusione

Lo studio effettuato evidenzia chiaramente l'esistenza di una grande distanza tra i costi che le Case Famiglia devono sostenere per attuare quanto previsto dalla vigente normativa e gli stanziamenti ad oggi effettuati dall'ente pubblico.

Si rende dunque indispensabile una programmazione urgente degli stanziamenti volta a ridurre gradualmente tale distanza fino ad annullarla.

Di seguito nel documento è evidenziato il dettaglio dell'analisi dei costi per ciascun tipo di casa famiglia.

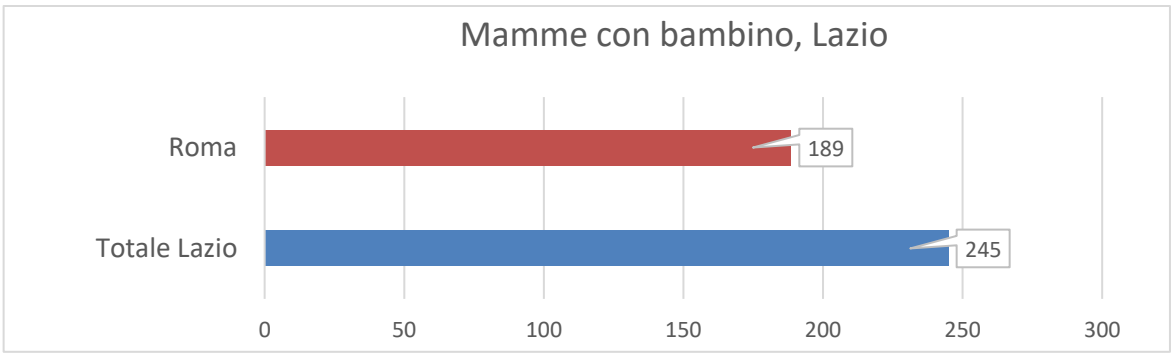
Ringraziamenti

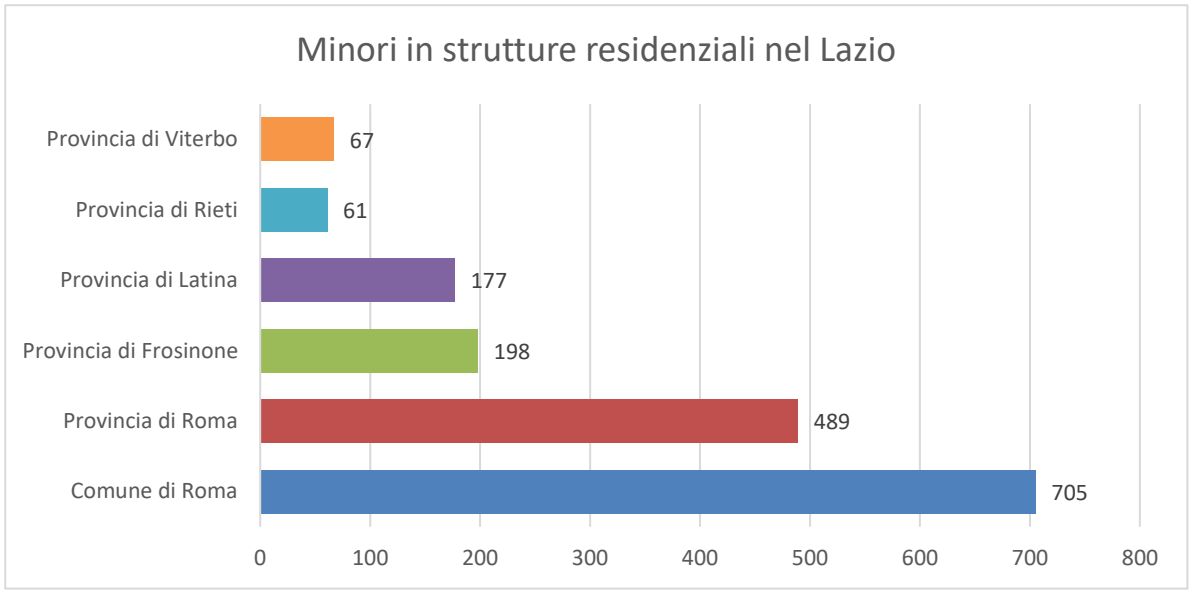
Voglio ringraziare i tantissimi che hanno collaborato a questo studio, fornendo suggerimenti, materiale, dati e correzioni. In particolare sono grato a Francesco Mengozzi, Francesca Lucia Gaglione, Federica Falaschi, Antonietta Cosentino, don Enrico Feroci, Stefano Salvi, Carlo Giacobini, Marco Bellavitis, Enzo Razzano, Teresa Di Vaia per la bellissima copertina, Salvatore Carbone e a tutte le 54 Case Famiglia che hanno partecipato allo studio. Hanno contribuito e condiviso questo lavoro le Centrali Cooperative e le reti di associazioni: Federsolidarietà, Lega Coop Lazio, AGCI Lazio, Forum Terzo Settore Lazio, CNCA Lazio (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza), Movimento Social Pride, Coordinamento Romano Affido, Città Visibile Onlus, CNCM LAZIO (Coordinamento Nazionale Comunità per Minori), Apis (Associazione Italiana Progettisti Sociali), che rappresentano oltre ottocentosettanta realtà!

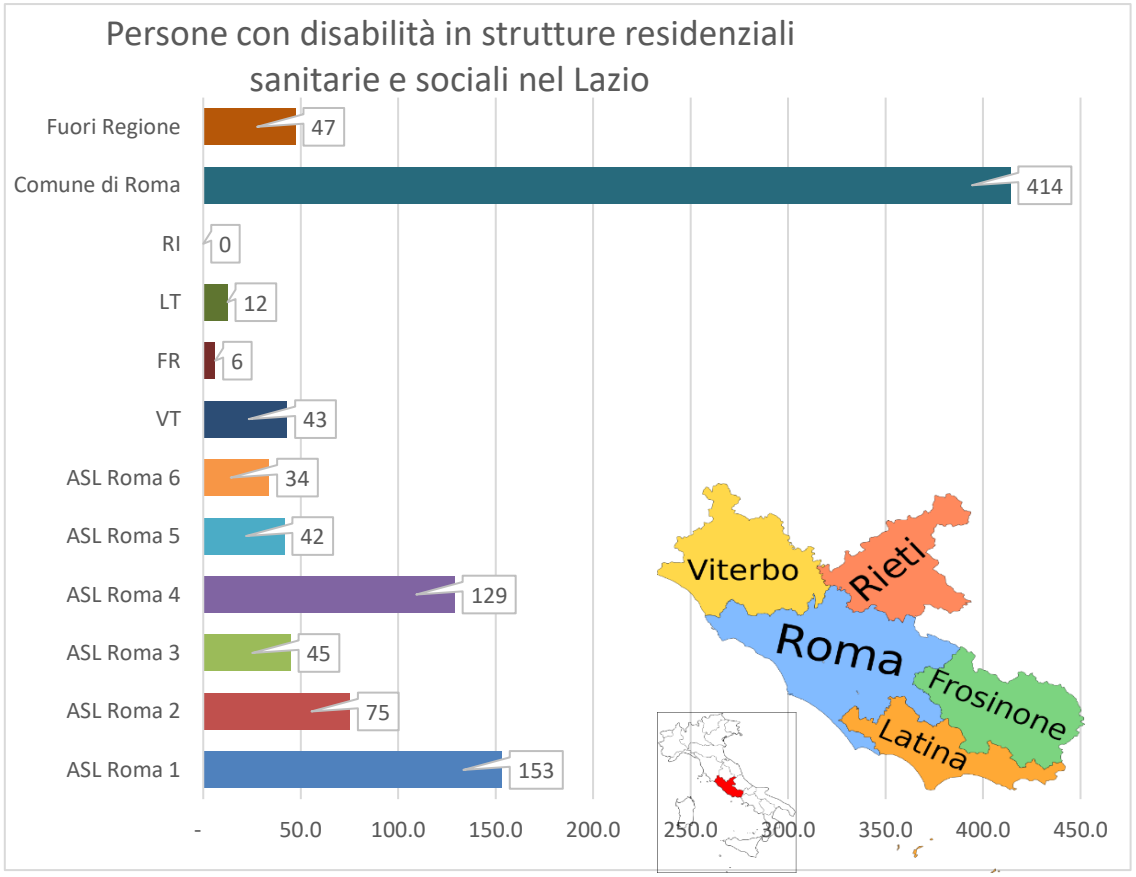
versione 21.01 web e carta nov-19

Quante sono le persone in casa famiglia?

(Fonte: Istat 2013)







IL SENSO DI VIVERE IN COMUNITÀ

Intervista al Prof. Ignazio Punzi, psicologo, psicoterapeuta e formatore, presidente dell'associazione "l'Aratro e la Stella". Esperto di politiche familiari e minorili. Professore di Psicologia Generale alla Pontificia Università Antonianum di Roma.

D: In che senso si può dire che le comunità di accoglienza sono luoghi di cura ("to care", direbbero gli inglesi in contrapposizione al concetto di "to cure")?

R: Partiamo da un dato di fondo come dire incontrovertibile: in genere, tutte le psicopatologie e, parlando dei minori che arrivano nelle Case Famiglia, tutte le situazioni che queste strutture sono chiamate ad affrontare e che questi ragazzi vivono, nascono all'interno di relazioni.

Le ferite, le sofferenze, i dolori, i disagi, le tensioni che nascono all'interno delle relazioni significative, spesso con le figure parentali, hanno bisogno, per essere almeno innestate in un percorso di risanamento, di un processo evolutivo che solamente altre relazioni sane possono generare.

Nel caso dei bambini, bisogna offrire loro tutto ciò che non hanno potuto avere dalle loro relazioni naturali, significative; bisogna offrire loro contesti, caratterizzati da intrecci relazionali sani in cui possono veicolarsi quelle affettività, quelle attenzioni, quelle cure che nel loro ambiente naturale non hanno potuto avere.

È questo quello che avviene in una casa famiglia. È questo che si intende quando si definisce luogo di cura. Tutte le relazioni sono potenzialmente luogo di cura, a certe condizioni.

Bisogna tuttavia intendersi su cosa sia possibile realisticamente, socialmente, politicamente, fare per dei ragazzi che non hanno una famiglia o addirittura che hanno trovato nella loro famiglia un luogo pericoloso per la loro crescita.

Si è detto che bisognerebbe, nei limiti del possibile, offrir loro un ambiente simile a quello familiare, perché il ragazzo possa rimettere in moto il senso di perdita e di abbandono, e contestualmente avviare un processo rigenerativo che risani le ferite, grazie all'esperienza di essere accolto, all'esperienza di crescita, all'esperienza di socialità, all'esperienza di affettività, che può fare in casa famiglia o in una comunità di accoglienza.

Per fortuna però ci sono, anzi, dovrebbero esserci, una gamma di azioni, diverse possibilità di cura e di accoglienza, non per forza alternative tra loro ma a volte concomitanti o conseguenti, di cui è bene che una comunità civile, una città come Roma, si doti.

D: Cosa si intende per "comunità"?

R: Per comunità intendo la comunità civile, in questo caso Roma, il quartiere… La città, infatti, fa e sempre più potrà fare, delle politiche che prevedano interventi diversificati perché una soluzione può andare bene per un ragazzino e non per un altro.

Ad esempio l'affido è un istituto estremamente importante in tal senso. Il problema è che l'affido, così come l'adozione, non sempre sono attuabili.

Intanto le famiglie sono più motivate a prendere in adozione o in affido bambini molto piccoli: possiamo essere o meno d'accordo su questo, ma rimane comunque un dato. Perché chi si apre all'adozione, normalmente vorrebbe vivere un'esperienza di maternità o di paternità di un certo tipo, in base alla convinzione che un bambino piccolo più facilmente potrà riconoscere come madre e padre i genitori adottivi o affidatari.

Quando, dunque, i ragazzi crescono, e sono nella seconda infanzia, in pre-adolescenza o addirittura in adolescenza, si trovano sempre meno famiglie disponibili ad accoglierli nelle loro case, per quei loro percorsi faticosi che già si portano dietro come fardelli, e per i quali reagiscono spesso alle cose della vita con modalità disadattanti, a volte modalità socialmente riprovevoli. Quasi nessuno ha il piacere di mettersi in casa un ragazzino iperattivo, che a scuola prende brutti voti, un ragazzino ribelle.

E allora vogliamo dare anche a questi ragazzi un'opportunità?

E se per loro non sono quasi mai raggiungibili luoghi naturali o vicarianti quali l'adozione e l'affido, quali possono essere i luoghi per loro?

D: Esistono diverse risposte alla accoglienza di persone in difficoltà: adozione, affido, comunità, casa famiglia. Cosa ne pensa?

R: Io credo che la casa famiglia o la comunità alloggio in molte situazioni sia una risposta più che congrua. Ripeto non è l'unico ambito, però nelle Case Famiglia si trova quell'intreccio relazionale che veicola gli affetti, le attenzioni, gli accudimenti, che altrove questi ragazzi non avevano.

Poi c'è da fare una distinzione ancora fra le comunità dove vive una coppia residente e le comunità dove ci sono gli educatori che si turnano mattina-pomeriggio-notte senza la presenza stabile della coppia all'interno.

Non è facile trovare famiglie che intendano aprirsi ad esperienze del genere, e comunque tali esperienze possono generare dinamiche particolari che vanno comunque gestite.

Secondo me, la bellezza e l'efficacia sta nell'avere una pluralità di offerte, e ancor di più nell'educare la comunità civile, i singoli, le famiglie, le coppie, affinché le persone si aprano ad esperienze di vicinanza, di solidarietà, come l'affido, l'adozione, come il sostegno ai ragazzi che sono in queste strutture.

E le strutture devono aprirsi alla comunità civile.

La casa famiglia, infatti, non nasce e comunque non può proseguire il proprio percorso di vita accettando una delega in bianco da parte della comunità civile: la casa famiglia deve aprirsi ad essa, in quanto luogo dove i ragazzi torneranno presto a vivere.

La comunità civile, oserei dire, se non ce la fa ad esprimere l'adozione e l'affido per questi ragazzi, deve perlomeno essere in grado di "adottare" la casa famiglia che li accoglie, deve cioè avere a cuore quei luoghi ove quei ragazzi rimettono in moto i processi di guarigione, anche perché quando questo non accade, alla comunità civile le ferite di quei bambini costeranno molto care quando costoro diventeranno adulti.

Il costo di un ragazzino oggi in casa famiglia è irrisorio rispetto a quanto poi questo ragazzo crescendo costerebbe anche in termini economici, ma non solo economici. Da questo punto di vista definirei la casa famiglia un ottimo ammortizzatore sociale: un luogo di protezione, il luogo dove poter risanare certi destini affinché non producano nel futuro grossi danni. Se, infatti, andiamo a leggere le storie di chi oggi affolla le comunità terapeutiche e le carceri, troveremo delle storie per le quali, se ci fosse stato un intervento adeguato in precedenza, probabilmente quel percorso di vita sarebbe stato molto diverso.

D: Qual è secondo lei il Valore, con la V maiuscola, di queste esperienze?

R: Nelle Case Famiglia, gli educatori e gli operatori che lavorano nella relazione di aiuto da un lato sono pagati, anzi direi sotto-pagati, dall'altro il tipo di lavoro che svolgono richiede loro di mettere in campo e di mobilitare tutta una serie di energie affettive, umane, il cui impiego non potrebbe essere mai economicamente riconosciuto, anche qualora fossero pagati adeguatamente come accade in altri paesi.

La comunità civile dovrebbe essere veramente grata a persone che entrano nella vita degli altri e se ne fanno carico.

Una comunità civile che ha un minimo di lungimiranza dovrebbe pagare profumatamente persone come gli educatori, come gli insegnanti, come gli operatori sociali e sanitari, perché queste persone curano le ferite attuali e prevengono quelle future. Sono i manutentori della società del futuro e invece noi li sottopaghiamo svalutando e mortificando il loro lavoro.

Perché se siete entrati almeno una volta in una casa famiglia, avrete notato la vicinanza, l'amore, la dedizione degli operatori e degli educatori: non è stato loro richiesto questo, il mansionario professionale non può prevedere un atto d'amore, anche perché per sua stessa natura non può essere che gratuito. Quindi a questi operatori di fatto la comunità civile chiede di mettere in atto questi comportamenti, ma non è disposta a riconoscerli. È inevitabile che loro li mettano in campo.

È inevitabile altresì che questi operatori soffrano, perché si fanno carico delle lesioni altrui: eppure spesso non vengono dotati di tutti i dispositivi necessari perché possano portare avanti il proprio lavoro.

Eppure lo portano avanti. Sono gli eroi moderni: è come se ci fossero delle specie di "cassonetti sociali" dove coloro che per motivi diversi non riescono ad avere una collocazione nella società, nelle "periferie esistenziali" come direbbe Papa Francesco, vengono riposti. E' come se dicessimo a tutti i cittadini: "tranquilli! c'è qualcun altro che se ne occupa!"

Allora, coerentemente, ci dovrebbe essere un'operazione onesta di riconoscimento totale della dignità di quello che questi professionisti ci mettono. Nemmeno se i loro stipendi fossero raddoppiati parleremmo di un riconoscimento congruo. Ma almeno una maggiore dignità sarebbe necessaria e dovuta!

D: Per quanto riguarda le persone con disabilità che vivono in casa famiglia, in che senso si può parlare di riconquista della dignità della Vita?

R: Le strutture per persone con disabilità hanno, per certi versi e in molti casi, storia e natura ben diversa da quelle per minori, perché spesso nascono per dare sollievo alle famiglie, che questa società lascia sole.

In una società ideale, nessuna famiglia dovrebbe avere bisogno di privarsi della relazione col proprio caro, solo perché ha una disabilità.

In una società ideale è tutta la comunità, è la rete di altre famiglie che ti è vicina e ti aiuta nelle tue difficoltà. La tua difficoltà è la mia, la mia è la tua.

Allora, nella nostra società che non è ideale, le Case Famiglia nascono spesso per dare sollievo alle famiglie, le quali però restano presenti.

E allora, prima di parlare della dignità ritrovata in queste strutture dalla persona con disabilità, che pure va fatto, qui è necessario parlare di una dolorosa sottrazione di dignità delle loro famiglie di provenienza.

Tale sottrazione di dignità passa quasi in modo contagioso alla struttura che accoglie i loro familiari con disabilità, perché quando poi l'operatore gira per il quartiere con qualcuno di loro, è lui che intercetta quello sguardo curioso e a volte scostante prima riservato al familiare, sguardo dato dal fatto che la persona disabile può turbare il campo visivo del cittadino normo dotato, soprattutto se emette rumori strani, se fa gesti inconsulti, se dice cose incomprensibili.

La persona con disabilità, così come la sua mamma e il suo papà quando vanno a trovarlo, vedono che finalmente nella casa famiglia, non riceve e non ricevono più quello sguardo curioso e scostante, ma uno sguardo pieno di riconoscimento totale, uno sguardo che lo rimette al mondo! In questo senso le Case Famiglia che accolgono le persone con disabilità costituiscono una sorta di ambito educativo per tutta la comunità.

Le persone con disabilità, le loro famiglie, sono pezzi di comunità che rischiano di essere messi ai margini, e per questo vanno avviati processi di piena cittadinanza.
Qui non si tratta di essere buoni: si tratta di avere piena cittadinanza e allora tutti noi, cosiddetti normali o normodotati, dovremmo avviare veramente un pensiero di riflessione sui nostri comportamenti che sono sicuramente in buona fede ma spesso vanno invece nella direzione di sottrarre cittadinanza a queste persone.

In fondo cosa è dignità? Dignità non vuol dire essere uguali: chi lo è?

Dignità vuol dire provare a creare le condizioni perché tutti abbiano la possibilità di essere riconosciuti e di portare avanti i loro processi di crescita, percorsi evolutivi, fatti di serenità e di relazioni, mettendo a frutto il più possibile ciascuno le proprie potenzialità che in ognuno di noi sono diverse.

Dignità vuol dire far percepire all'altro: tu davanti a me puoi stare e non devi cambiare per questo. Io, persona, famiglia, comunità, ti accolgo così come sei.

Se metto in campo azioni di distanziamento o di fuga per quel che mi riguarda non ti sto riconoscendo dignità.

Le famiglie almeno agli inizi, nei primi anni di vita del proprio bimbo con disabilità, tendono a chiudersi, determinando così un fenomeno paradossale per cui la paura di essere emarginati autoemargina, ovvero prima di essere allontanati ci si allontana.

In molte situazioni la persona con disabilità che entra in una casa famiglia si apre e entra nel mondo, si sperimenta in relazioni nuove innescando processi di apprendimento, di abilità sociali ed affettive: nelle Case Famiglia accadono sempre dei piccoli miracoli, quelli che gli operatori sanno raccontarci e di cui le famiglie rimangono piacevolmente sorprese!

La famiglia potremmo definirla per tutti il luogo affettivo da cui si parte: la casa famiglia consente alla persona con disabilità di partire non rompendo le relazioni, ma trasformandole.

Costituisce il ponte che porta la persona con disabilità dalla famiglia alla società, alla comunità civile.
È il punto strategico dell'integrazione.
Io credo che questo sia un aspetto che vada assolutamente riconosciuto: la casa famiglia è quel passaggio che restituisce piena dignità, è un processo, una tappa per l'integrazione, per restituire tutti quei diritti di cittadinanza che le persone con disabilità spesso non hanno.

D: Si dice che i diritti costano, tutto questo di cui ci ha parlato ha un costo per la collettività, per la comunità come la chiamava prima. Cosa ne pensa di questa cosa? È giusto che la comunità debba spendere tutti questi soldi?
(Ci si chiede se ci possano essere forme più economiche, magari anche più veloci di affrontare tematiche del genere. Gli istituti soppressi costavano meno di una piccola casa famiglia. I vecchi orfanotrofi costavano meno delle Case Famiglia).

R: Chiunque di noi ha fatto esperienza di una famiglia naturale, sana, che normalmente è disposta per il benessere del proprio figlio che si trova magari in una condizione di malattia, a vendersi tutto pur di vedere il proprio figlio migliorare, magari guarire. Una famiglia che fa questo, e credo che la quasi totalità delle famiglie lo farebbe, non mette il peso economico al primo posto. Sente che prima dell'aspetto economico, che pure è importante, ci sono altri valori.

Una comunità civile dovrebbe ritenere tutti i cittadini propri figli ed avere il coraggio di impostare politiche dandosi delle priorità.
Si può decidere se il criterio economico è il primo ed in tal caso avremo una comunità di un certo tipo.
Si può viceversa decidere che sono altri i valori che mettiamo al primo posto e chiederci in termini di benessere, di felicità, di maturità affettiva, in termini di vita che passa, quale tipo di società preferiamo.
Personalmente, non solo non credo che debba essere il criterio economico al primo posto, ma sono del parere che siccome la vita passa attraverso le relazioni, una comunità civile che si illude di poter fare a meno di alcuni suoi cittadini è una comunità che comincia a morire.

Una comunità che ha a cuore se stessa e tutti i suoi membri deve mettere al centro coloro che sono fragili perché solo così arriva Vita a tutti quanti, non relegando né togliendo alcuno dalle percezioni dell'altro per non turbarlo.
Si tratta di fare delle scelte, è vero, ma si deve avere il coraggio di farle queste scelte.
Siamo strutturati per prenderci cura uno degli altri, per accoglierci reciprocamente e questo avviene come fatto naturale nelle famiglie. Questo va generalizzato a livello politico. Quando in Francia c'è stata in occasione dell'attacco al giornale satirico Charlie Hebdo la giusta sollevazione popolare per la libertà ferita, la libertà di stampa, mi è tornato in mente, in una riflessione squisitamente laica, come la costituzione francese sia nata intorno a tre parole, non una: liberté, egalité, fraternité.

Tutti ci sentiamo feriti quando la libertà viene violata, ma quando è violata l'egalité o la fraternité, mi son chiesto quanto ci sentiamo davvero feriti.
Quando scenderemo tutti in piazza perché l'egalité o la fraternité sono state ferite?
Stiamo mettendo la libertà come cardine di tutto, la libertà di dire e di fare quello che si vuole.

Ma forse, alla stessa stregua, se mettessimo anche gli altri due valori cardine della laica Francia al centro, la nostra società muterebbe e in meglio.

Case Famiglia per bambini con disabilità complessa

Le Case Famiglia ospitano un massimo di cinque bambini con disabilità complessa che hanno bisogno di cure particolari (anche se non tali da prevedere la presenza di personale infermieristico 24 ore al giorno): sono bambini abbandonati in ospedale e destinati a vivere in ospedale finchè non si trova per loro una famiglia adottiva. Essi difficilmente trovano ospitalità nelle Case Famiglia per bambini in considerazione della complessità delle pratiche di accudimento di cui hano bisogno. La casa famiglia loro dedicata in questi casi è dunque un luogo caldo e accogliente, alternativo all'ospedale.

Il Responsabile della struttura, ai sensi della vigente normativa regionale, può essere un Assistente Sociale, uno Psicologo o un Educatore professionale: nel presente studio abbiamo ipotizzato un Educatore professionale, al livello E1. Le altre figure professionali presenti sono un Assistente Sociale a presenza programmata, un Educatore professionale e un'altra figura educativa di supporto in ogni turno (in caso di presenza effettiva di tutti i minori in struttura).

Oltre al personale per i servizi generali (pulizie, cucina etc.) l'equipe vede il coinvolgimento di 10 persone che ruotano nei vari turni, oltre all'Assistente sociale e ad un Responsabile (Educatore Professionale).

L'accoglienza in questo tipo di Case Famiglia si basa sull'erogazione di servizi ad alto valore aggiunto per il minore (ma a costi elevati per l'organizzazione) quali:

- ambiente familiare ristretto che si configuri come "terapeutico in sé" per il minore;
- rapporto educatore/bambino 1 a 2 in alcuni casi anche 1 a 1 (invece che 1 a 5 come previsto dalla normativa regionale) in ragione della complessità di gestione del minore;
- costante supervisione degli operatori da parte di uno psicoterapeuta;
- partecipazione al progetto da parte di un neuropsichiatra infantile.

L'accoglienza dei minori in queste Case Famiglia si configura all'interno dell'erogazione di prestazioni ad integrazione socio-sanitaria rivolte a minori disabili gravi accolti in *strutture di accoglienza in regime residenziale* come previsto dalle norme previste in quanto:

- la struttura intende avvalersi, per le esigenze sanitarie e fisico-riabilitative del minore, dei servizi erogati dalle competenti unità sanitarie locali.
- l'accoglienza nella struttura residenziale (casa famiglia) risulta essere "di per se stessa" esperienza psichico-riabilitativa per il forte risvolto positivo che l'ambiente familiare è in grado di esercitare sul processo educativo/cognitivo/psicologico/relazionale del bambino.
- l'accoglienza dei minori presuppone l'elaborazione di un progetto individuale dettagliato e concordato con tutti gli attori in gioco che possa auspicabilmente permettere nel prossimo futuro di re-introdurre il piccolo nel nucleo d'origine.

A giugno 2018 la Regione Lazio ha emesso una delibera che disciplina il funzionamento della accoglienza dei bambini con disabilità in casa famiglia per bambini, prevedendo la ripartizione della spesa tra sanità e comune. Un passo importante e molto apprezzato da Casa al Plurale. Nelle pagine che seguono si trova la copia della citata delibera.

Il modello relazionale familiare delle case per bambini con disabilità: aspetti bio-psico-sociali del modello

Le Case Famiglia, di cui in questa sede si intende presentare il modello, sono strutture di accoglienza socio assistenziali per bambini/e e ragazzi/e con problematiche sanitarie e di disabilità, privi di un nucleo familiare d'appartenenza o che vivono situazioni familiari di fragilità o per i quali, a causa della complessità della situazione sanitaria, non sia stato possibile reperire una famiglia disponibile all'accoglienza nell'ambito di un progetto di affido familiare o adozione.

L'idea portante riconosce che la vita familiare è la condizione insostituibile nella formazione della personalità e della socialità. L'esperienza di vita familiare, fatta di affettività, intimità, cure personalissime, consente ad ogni bambino, e a maggior ragione ad un bambino con fragilità e difficoltà di sviluppo, di sentirsi amabile e amato, attribuisce senso e significato alla vita, costituisce linfa e nutrimento nei processi di crescita.

L'esperienza creativa è quella di una casa che – stante l'assenza di una famiglia – offre una valida alternativa, configurandosi sotto il profilo delle relazioni e sotto il profilo logistico in una dimensione e con uno stile familiare.

La casa famiglia per i bambini ad alta complessità assistenziale è:

1. ***Luogo di accoglienza*** del bambino, della sua storia, del dolore e della fatica per le esperienze vissute, per le separazioni avvenute, delle attese, dei desideri, dei bisogni. Luogo in cui riacquisire serenità, sentirsi protetto, ricominciare a riporre fiducia. La casa famiglia è luogo di affetti, in cui tessere relazioni positive, vivere la fiducia e l'affidamento, la condivisione e la partecipazione.

2. ***Luogo di appartenenza*** del bambino. Il bambino che ha vissuto una situazione di difficoltà familiare, una separazione, un'esperienza di rifiuto, maltrattamento o di abbandono, vive l'angoscia ed il dolore, sperimenta la solitudine, la confusione dei sentimenti, il sentirsi non amabile e non amato, la nostalgia. La casa famiglia può divenire allora luogo di appartenenza e di comunione, luogo in cui essere protetto, guardato con rispetto e con amore. Ogni bambino accolto sente che le persone della casa hanno a cuore la sua situazione, la sua crescita serena, il suo benessere, che possono accogliere la sua storia e la sua famiglia. La casa famiglia può essere luogo in cui costituire legami di attaccamento, relazioni affettive e di reciprocità.

3. ***Luogo di cura e di crescita*** del bambino. La casa famiglia è il luogo nel quale si può essere come si è, in cui possono essere rivelate le paure, le angosce, i sentimenti, la propria affettività, le fragilità; ma è anche un luogo sicuro in cui c'è spazio per accettarle, comprenderle, accoglierle. La casa famiglia diventa il luogo di un processo di liberazione e di crescita.

La casa famiglia per l'accoglienza di bambini ad alta complessità assistenziale si caratterizza per lo stile familiare semplice e naturale che informa le relazioni, la quotidianità, l'organizzazione domestica. Le figure di riferimento e di coordinamento, gli operatori tutti e i volontari della casa condividono il medesimo spirito di servizio e di presenza. Di seguito presentiamo le principali funzioni attivate in queste Case Famiglia.

Giornata tipo

Questa di seguito è la giornata dei bambini e ragazzi accolti nella casa famiglia.

La sveglia suona intorno alle 6.00, c'è il tempo della colazione e la cura dell'igiene personale.

I bambini che possono frequentare la scuola vengono accompagnati dall'educatore; coloro che invece rimangono a casa hanno un tempo dedicato ad attività ricreative e distensive, ascolto della musica, lettura di fiabe, brevi passeggiate, massaggi, etc.

Tra le 12.00 e le 14.00, a seconda degli impegni della giornata di ciascun ospite, c'è il tempo del pranzo.

L'atto di preparare una pietanza, che sia un piatto di lasagne o una confezione di nutrini, è un modo di prendersi cura dell'altro, di mettersi al servizio, veicola sentimenti di affetto, di vicinanza. Il nutrire un piccolo, sia che avvenga tenendolo stretto in braccio, o stando seduti alla medesima tavola, o tenendogli il capo per aiutarne la deglutizione, è atto di tenerezza, di intensa relazione, di alta comunione.

Nel primo pomeriggio il tempo è dedicato al riposo.

Nel corso della giornata i bambini svolgono terapia neuropsicomotoria con cadenza almeno trisettimanale.

La giornata è scandita dalla somministrazione dei farmaci, sempre assai numerosi.

Alle 16.30 i bambini fanno la merenda; seguono attività di gioco pomeridiano.

Nel desiderio di rendere piene e serene le giornate dei bambini, si pensano e si propongono attività diverse. Per qualcuno è prevista l'attività di ippoterapia, per altri ancora di musicoterapia, per qualcun altro la piscina.

Nel tardo pomeriggio viene dedicato del tempo lento e quieto per fare il bagno. La cura della corporeità e della fisicità ha a che fare con una dimensione intima e personale. Incontra la nudità fragile che chiede difesa e protezione, fa i conti con il senso e la consapevolezza di sé, parla delle esperienze di relazione e di incontro vissute, racconta della possibilità e della difficoltà di affidarsi, di abbandonarsi fiduciosi.

Segue la cena ed un momento di rilassamento pre-addormentamento. Poi buonanotte!

Scende la sera, il buio a togliere la luce e a portare le ombre. Chiudere gli occhi, abbandonarsi al sonno, perdere il contatto ed il controllo sulla realtà, separarsi; fidarsi che domani il sole ritornerà e le persone che hai lasciato saranno presenti al tuo risveglio. E' far fronte agli incubi…

Ma è anche il tempo della tenerezza, delle coccole, delle storie raccontate, della quiete, dell'intimità.

Non per tutti la notte è un tempo di riposo. Qualcuno rimarrà sveglio, dovrà prendere terapie o fare un piccolo pasto notturno.

Riabilitazione e terapia: aspetti clinico sanitari del modello

Paragrafo a cura del prof. Paolo Mariotti

Gli ospiti della micro-struttura illustrata nel presente documento sono bambini:

- accolti, su richiesta del Tribunale o dei Servizi Sociali, in strutture residenziali di accoglienza perché *privi di idoneo ambiente familiare.*
- che presentano disturbi fisici e/o psichici per i quali la struttura si avvale di *cure sanitarie/riabilitative erogate sul territorio* dalle unità sanitarie locali.
- che presentano disturbi fisici e/o psichici tali da necessitare *attenzioni di accudimento maggiori* rispetto agli altri bambini normodotati accolti.
- per i quali l'accoglienza nella struttura residenziale (casa famiglia) risulta essere "di per se stessa" esperienza riabilitativa per il forte risvolto positivo che l'ambiente familiare tipico della casa famiglia è in grado di esercitare sul processo educativo/psicologico del bambino.

Intendiamo qui sottolineare come sia l'esperienza stessa di accoglienza in un ambiente familiare ad essere riabilitativa di per se stessa o meglio ad essere elemento fondamentale, ovvero presupposto, di una riabilitazione che sia quanto più efficace possibile.

Le cure riabilitative fruite sul territorio non avrebbero lo stesso effetto se il lavoro di riabilitazione e di accoglienza emotiva dei bambini non proseguisse all'interno della struttura familiare in cui i bambini sono chiamati a vivere.

Inoltre il modello proposto si basa sul presupposto fondamentale di fruizione da parte dell'utenza svantaggiata di una gamma di servizi (fisioterapia, scuola, ambulatori sanitari, etc.) integrati sul territorio in modo tale che l'utente stesso non venga "ghettizzato" in strutture mono-offerta.

Ciò consente al bambino disabile di vivere una vita che sia la più simile possibile a quella dei suoi compagni di scuola normodotati.

Offrire un ambiente familiare, accompagnare, vivere e morire a casa

"Fare casa è mettersi la tuta e le ciabatte prima del turno": ha scritto di recente in un incontro di supervisione un operatore.

Come a dire, finalmente sono a casa, un posto che conosco e in cui mi riconosco, un posto caldo, che ha un odore familiare, un posto che mi è caro, in cui lavoro e vivo.

Sì, è vero, si chiama Casa di Jessica e Mauro o Casa Chala e Andrea, ma è anche casa mia: le chiavi sono sempre nella mia borsa.

Così ognuna delle piccole case è frutto dei contributi personali di ogni operatore che vi è passato. C'è chi ha scelto le tende, chi ha montato la libreria, chi tiene aggiornata la bacheca degli appuntamenti e delle terapie… Ogni dettaglio non è che la proiezione di un angolino dello spazio interiore di ciascuno…

Del resto le piccole case le abbiamo viste venir su piano piano, ne abbiamo condiviso il progetto, abbiamo atteso con ansia che tutto fosse pronto per cominciare a riempirle di rumori e colori… Nelle piccole case abbiamo cominciato a frequentare i primi bambini "gravi" che ci sono stati affidati; abbiamo imparato a conoscerli e a farci conoscere; abbiamo accolto con entusiasmo e un po' d'ansia la notizia di qualche nuovo ingresso…

Ogni volta ci siamo rimessi in gioco… E ancora ci rimettiamo in gioco quotidianamente: la nostra è una famiglia aperta, che ha confini liquidi, che cambia spesso fisionomia, che ha come obbiettivo prioritario la risposta alle esigenze dei piccoli, pur senza dimenticare i bisogni degli operatori.

Tutto questo non può essere materia di un apprendimento specifico. Non si può imparare a "fare casa" seduti ad una scrivania. Non c'è un corso di studi che ne garantisca l'acquisizione.

Sono la paziente esperienza d'ogni giorno, la disponibilità ad abbattere le barriere del nostro sentire, il desiderio di vincere la paura di essere trascinati troppo dentro la vita dei nostri bambini, che rendono concreta quell'espressione che risuona in ogni Piano Educativo Individuale (PEI): essere famiglia.

Poi c'è tutta la formazione, gli incontri d'equipe e quelli di supervisione: occasioni preziose per riuscire a diventare una buona orchestra in cui ciascuno, pur tirando fuori la propria unicità, impari a suonare con gli altri.

Come dei genitori accompagniamo i ragazzi, ogni giorno, nei tanti momenti della loro vita: li accompagniamo a scuola, a terapia, dal Medico e nei Day Hospital, al teatro, in vacanza, allo zoo, a letto la sera dopo le coccole. Noi ci siamo sempre, per alcuni di loro anche quando, purtroppo, le loro patologie li fanno volar via troppo presto.

Crescono con noi i piccoli, conquistando faticosamente tanti piccoli progressi, e noi cresciamo con loro. Impossibile voltarsi indietro e non accorgerci di quanto siamo profondamente cambiati; voltarci indietro e non rincontrare i volti di Jessica, di Joseph, di Miriam…

Jessica, una bambina con una grave encefalopatia ipossico ischemica, soffre di epilessia. I genitori non ci sono più. Viene accolta in una casa famiglia. In seguito ad un ricovero, la struttura dichiara di non essere più in grado di prendersene cura. Jessi rimane in ospedale per due anni. Arriva in casa famiglia il giorno di Natale del 2005: viene affidata, per un primo periodo, ad un piccolo gruppo di volontari e operatori. Sono stati più volte in ospedale e lì hanno appreso come farla mangiare attraverso la peg, come riconoscere le sue crisi… La camera di Jessica diventa una sorta di cappellina. Tutti entriamo per osservarla, in silenzio, senza essere troppo invadenti, e guardiamo un po' timorosi quel tubicino attraverso il quale il latte arriva direttamente nel suo stomaco.

Jessica piange tanto durante i primi mesi: si calma solo quando viene presa in braccio. Con il nostro supervisore decidiamo di provare a ritardare progressivamente quel tirarla su che lei attende con ansia. Non è facile resistere alla tentazione di accoglierla tra le proprie braccia appena la sentiamo lamentarsi… Ma lei, pian piano, impara a gestire la frustrazione e non piange più se l'operatore le si avvicina e le parla con dolcezza. Il pianto allora può essere interpretato come uno strumento per esprimere una richiesta specifica.

Quella bambina che la terapista aveva definito "a disagio con il mondo" comincia a godere della vita. Mostra di apprezzare alcuni motivetti, il suono di alcune voci: è possibile che le ricolleghi ad alcune operatrici, le sue preferite.

Finalmente anche i suoi occhi azzurri, all'inizio sempre serrati, si schiudono; e comincia a ridere soprattutto quando viene coinvolta nei giochi di stimolazione vestibolare.

Jessica frequenta il nido: le maestre con lei sono fantastiche. Conquista la posizione seduta, sia pur sorretta da qualche cuscino. Non disdegna nemmeno lo stabilizzatore sul quale qualcuno la coinvolge in "danze sfrenate" facendola ridere a crepapelle.

Nel marzo del 2010 Jessica sembra aver contratto una brutta influenza: ha la febbre alta… Viene ricoverata e, dopo una serie di accertamenti, le viene diagnosticata un'aplasia midollare. Non si può fare nulla se non rimanerle tutti vicini – alcuni fuori della terapia intensiva – sino alla fine che giunge nel giro di una settimana. Rimaniamo attoniti, increduli e disperati. Certo, sapevamo che Jessica non avrebbe avuto una vita lunga, ma ci aspettavamo che ci avrebbe portato per mano verso la sua morte più in là, chissà quando, ed in modo più dolce… E, invece, ci ritroviamo a rovistare in fretta nei suoi cassetti per cercare, fra le lacrime, il vestitino da metterle in quell'ultima mattina di primavera…

Joseph è l'ottavo figlio di una famiglia Rom. È un bambino sano, che cresce bene nei suoi primi mesi. Un giorno la mamma si accorge che Jojò ha qualcosa che non va, corre al Pronto Soccorso. I medici non riescono a darle subito una risposta chiara. Avrebbero bisogno di fare degli accertamenti. Ma L ha altri sette figli che l'aspettano al campo e non può proprio rimanere in reparto. Il piccolo peggiora: altra corsa in ospedale. Stavolta Joseph è in arresto cardiorespiratorio: tutta colpa di un'intossicazione da botulino. Viene portato in rianimazione. Il suo cuore ricomincia a battere, ma i danni cerebrali sono molto gravi ed irreversibili.

Jojò rimane in ospedale, L non lo abbandona e continua per due anni a fare la spola dal reparto al campo: qualche anno prima ha avuto un bambino down che è andato in adozione e di cui non sa più nulla. Convive con un penoso senso di colpa e stavolta è risoluta a non voler lasciare il suo piccolo.

Quando Joseph viene accolto a Casa Betania appare come un bambino in preda al panico. Sobbalza ad ogni rumore: del resto non è certo abituato alla confusione chiassosa di una casa piena di bambini. Non sembra gradire il contatto fisico, ha un ritmo sonno-veglia stravolto, è tormentato da piccole crisi epilettiche, fa una gran fatica a respirare e non piange mai.

Soffre di un brutto reflusso, il piccolo Jò, e dargli da mangiare con la peg è sempre un po' angosciante: vomita spesso e cresce poco.

Trascorriamo il primo inverno passando da un DH all'altro; il tempo è scandito dagli aerosol, dalle pep-mask, dalle somministrazioni degli antibiotici.

Jojò forse vede solo delle ombre, ma sente bene e comincia a riconoscere i diversi toni di voce. Se rimproverato, si mortifica e piange; se coccolato e accarezzato sulla testa, sorride. Adora starsene prono sul tappetone contenuto da tanti cuscini.

La mamma viene quasi tutte le settimane, seguita da uno stuolo di figlioletti molto vivaci che mettono a soqquadro il soggiorno. L un po' coccola Jo tenendolo in braccio, un po' urla a quei piccoli diavoletti pieni di vita.

Finalmente arriva l'estate, si parte tutti per Fregene. Le passeggiate su lungo mare sembrano essere un toccasana per Joseph che affronta i primi freddi un po' più forte.

Grazie a due successivi interventi di chiusura dei dotti salivari e di fundoplicatio gastrica, Joseph raggiunge un certo equilibrio: respira meglio ed il doloroso reflusso scompare. Viene persino iscritto alla scuola materna.

Ma una mattina di febbraio dello scorso anno improvvisamente desatura in modo preoccupante, l'ambulanza arriva presto, ma Jojò è già volato via.

Miriam nasce il giorno di Natale. Il parto è più complesso di quanto ci si aspettava… Forse i medici più esperti sono a casa a festeggiare. Mimmi ce la fa, ma gli indici Apgar non danno grandi speranze. La piccola ha una grave paralisi cerebrale.

La mamma ha già due figli che ha dovuto lasciare nel paese d'origine. In Italia ha trovato un nuovo compagno con cui ha avuto Mimmi.

Miriam viene accolta a Casa Betania con la mamma con cui ha un rapporto morbosamente simbiotico: O. non riesce nemmeno ad andare in bagno senza tenerla in braccio. Le viene affiancato uno psicoterapeuta, che la aiuti a gestire in modo più sano il rapporto con la piccola. La donna, sia pure con grande fatica, decide di lasciare Mimmi che, poco dopo, viene inserita in una delle piccole case.

La bambina ha bisogno di essere sempre a contatto con l'adulto, non riesce a separarsene. E' una tragedia ogni volta che arriva il momento di andare a ninna. Il suo è un pianto disperato, difficile da sostenere. Il suo lettino viene spostato nel soggiorno in modo che l'operatrice possa rimanerle vicina e gli altri bambini possano riposare.

È così che, gradualmente, Miriam conquista una serenità tutta nuova fino a riuscire ad accogliere con un sorriso l'ora di andare a dormire.

Il suo sorriso è bellissimo… e selettivo. La bambina sorride quando sente la voce della mamma al telefono o quella delle sue educatrici preferite. Ama le canzoncine dei cartoni che ascolta il pomeriggio, sdraiata sul grande tappetone blu pieno di luce. Mostra di gradire il sapore dello yogurt, della cioccolata e delle melanzane.

Adora rotolarsi al sole e fare lunghi bagni al mare e a casa, nella sua vaschetta.
I medici ci ripetono che Miriam è una bambina grave, ma noi la vediamo così vitale e in pace con se stessa.

Crescendo arrivano le prime crisi e Miriam comincia a spegnersi. Vengono tentati vari farmaci, gli episodi convulsivi si affievoliscono, ma non scompaiono.

Durante l'estate del 2010 deve essere sottoposta ad un intervento chirurgico ortopedico: ha una brutta retrazione dei flessori con conseguente lussazione delle anche. Il periodo successivo all'operazione è molto doloroso per la piccola.

A distanza di qualche mese la sua disfagia si aggrava: Miriam mangia poco perché non riesce più a deglutire e dimagrisce. Le viene applicata una peg.

È orribile accorgerci che Miriam, dopo aver vissuto serenamente per alcuni anni, ha imboccato una strada in discesa, fatta di sofferenze a cui faticosamente si riesce a dare sollievo. Lei non ne è certo consapevole, ma è più triste. Farla sorridere diventa un'impresa. Già proviamo una gran nostalgia della Mimmi di qualche anno fa.

Anche la sua scoliosi peggiora. Così, come farebbero dei genitori preoccupati per la propria creatura, passiamo, spaventati, da uno specialista all'altro per capire cosa succederà e cosa fare per garantirle una qualità della vita migliore.

Proviamo con dei bustini che si avvicendano l'uno dopo l'altro, con un nuovo sistema posturale… Ma Mimmi li tollera poco, soprattutto durante la digestione. Si potrebbe tentare un intervento, ma è pericoloso. Eppure, se si aspetta troppo prima di decidere, le condizioni generali della bambina potrebbero subire un ulteriore aggravamento. Ci riuniamo spesso per confrontarci. È difficile da sostenere il peso della responsabilità quando si è costretti a decidere per qualcuno a cui si vuole bene e che non è in grado di farlo autonomamente.

A Milano c'è un chirurgo vertebrale che ha già operato con successo uno dei nostri ragazzi. Portiamo Mimmi in visita da lui: sì, l'intervento si può fare. Sarà dura, ma la bambina ricomincerà a respirare e a digerire meglio… Certo, c'è una lista d'attesa… I mesi passano tra la paura e la speranza, tra l'ansia e il desiderio di essere ottimisti.

Finalmente ci chiamano e partiamo con Mimmi per Milano. La bambina viene operata, ma non va come ci aspettavamo. Le complicazioni si moltiplicano. La situazione sfugge di mano agli stessi medici. Qualcuno dell'equipe sanitaria arriva a chiederci: "perché l'avete fatta operare?". È terribile sentirci fare una domanda che già riecheggia dentro ciascuno di noi. Nel frattempo assistiamo impotenti all'assottigliarsi di quel filino di vita che ancora lega Miriam al nostro mondo. Noi ancora speriamo… soprattutto di riportarla a casa: vorremmo tornare indietro…

Ma Miriam peggiora, anche se, di tanto in tanto, sembra che abbia ancora voglia di combattere. Con tanta fatica riusciamo a riportarla a Roma, almeno per consentire ai genitori e a tutti quelli che le sono legati, di salutarla. Lei, pazientemente, dà il tempo a tutti di accarezzarla per poi volare via.

Così, con le loro esistenze brevi e faticose, i nostri bambini ci educano al pensiero della morte. E se, all'inizio di questo cammino, ognuno di noi ha sperato di non dover assistere all'ultimo respiro dei piccoli più gravi, oggi riteniamo sia un gran privilegio poter condividere con loro quel momento così misterioso della vita, quasi nella speranza di intuire, sia pure per un breve istante, l'essenza ultima dell'umano.

[1] Il Prof. Paolo Mariotti è Specialista in Neurologia ed in Neuropsichiatria Infantile, Dirigente Medico presso l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile Policlinico Universitario "A. Gemelli" di Roma, Docente presso la Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile dell'Università Cattolica del S. Cuore, Docente di Neuropsichiatria Infantile presso i Corsi di Laurea breve dell'Università Cattolica del S. Cuore, Membro Associato dell'Associazione Italiana di Psicoanalisi (Società componente l'International Psychoanalitical Association), Supervisore degli operatori delle strutture di accoglienza per minori disabili gestite dalla Cooperativa l'Accoglienza onlus di Roma.

Case Famiglia per bambini con disabilità complessa

Di seguito si riporta il decreto della Regione Lazio a proposito della accoglienza di bambini con disabilità complessa in casafamiglia.

REGIONE LAZIO

REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. U00242 del 08/06/2018 **Proposta n.** 9272 **del** 05/06/2018

Oggetto:

Articolo 22, comma 4) del DPCM 12 gennaio 2017. Prestazioni sociosanitarie in favore di minori con disabilità complessa neuropsichica e/o neuromotoria ad alta complessità assistenziale ospiti di strutture socioassistenziali di tipo familiare.

Copia

Estensore	Responsabile del Procedimento	Il Dirigente d'Area
CIOFFI STEFANIA	DI GIAMMARCO GIADA	A. MAZZAROTTO

Il Direttore Regionale

IL SEGR. GEN. A.TARDIOLA

REGIONE LAZIO Decreto del Commissario ad acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)
N.U00242 del 08/06/2018 Proposta n. 9272 del 05/06/2018

Oggetto: Articolo 22, comma 4) del DPCM 12 gennaio 2017. Prestazioni sociosanitarie in favore di minori con disabilità complessa neuropsichica e/o neuromotoria ad alta complessità assistenziale ospiti di strutture socioassistenziali di tipo familiare.

Allegato A

Procedura per l'applicazione dell'art. 22, comma 4) del DPCM 12 gennaio 2017 in caso di attivazione di PAI per minore ad alta complessità assistenziale ospite di struttura residenziale socioassistenziale di tipo familiare

Il presente documento disciplina le modalità di applicazione dell'articolo 22, comma 4) del DPCM 12 gennaio 2017 per i minori con disabilità complessa neuropsichica e/o neuromotoria ad alta complessità assistenziale che necessitano di inserimento in strutture residenziali socioassistenziali di tipo familiare di cui all'articolo 6 della legge regionale n. 41/2003.

Valutazione multidimensionale, Piano di Assistenza Individuale e Piano Educativo-Assistenziale

L'assistente sociale referente del caso chiede al Distretto sanitario di residenza che il minore sia sottoposto a valutazione multidimensionale, al fine di evidenziarne puntualmente il bisogno clinico e funzionale. L'UVMD si avvale delle figure professionali competenti in età evolutiva, anche in relazione alle condizioni clinico-assistenziali evidenziate nella richiesta, avendo cura di esplorare tutte le dimensioni e sottodimensioni definite nel DCA 431/2012. La descrizione esaustiva della condizione del minore supporta l'équipe valutativa, laddove ne venga ravvisata la necessità, nella definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), all'interno del quale devono essere declinati obiettivi, aree d'intervento, tempi di realizzazione e le ore di assistenza tutelare professionale necessarie per la sua realizzazione, ulteriori rispetto a quelle già previste dalla normativa disciplinante i requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture residenziali socioassistenziali a carattere familiare.

Il PAI è integrato con il Piano Educativo Assistenziale già in atto per il minore e condiviso con la persona che ha la responsabilità genitoriale e dovrà essere rivalutato periodicamente al fine di rilevare le eventuali modifiche della condizione clinico assistenziale. Al minore in condizione di disabilità complessa neuropsichica e/o neuromotoria ad alta complessità assistenziale ospite della struttura socioassistenziale sono assicurate tutte le le attività proprie della comunità familiare (di tipo alberghiero, educativo e tutelare) e laddove previste dalla valutazione multidimensionale, le prestazioni aggiuntive di natura tutelare declinate nel PAI. Dette prestazioni aggiuntive dovranno essere svolte da personale in possesso della qualifica professionale di Operatore sociosanitario (OSS).

In considerazione del fatto che la presenza costante dello stesso operatore rappresenta un momento qualificante della relazione, in particolare in età evolutiva, tali prestazioni tutelari aggiuntive, nel limite delle ore definite dal PAI, sono erogate da personale O.S.S. individuato dalla struttura socioassistenziale stessa. La remunerazione delle ore di assistenza tutelare aggiuntiva non è dovuta alla struttura qualora al minore vengano erogati dal Sistema sanitario regionale, attraverso i servizi a gestione diretta o privata accreditata interventi riabilitativi semiresidenziali di cui all'art. 34 del DPCM 12.01.2017, in quanto, la retta corrisposta alla struttura residenziale socioassistenziale che li ospita è da considerarsi sufficiente a sostenere i costi delle eventuali ore di assistenza tutelare aggiuntive rilevate in sede di valutazione multidimensionale.

Responsabilità

Il Referente responsabile del Piano Educativo-Assistenziale è individuato conformemente a quanto disposto dalla deliberazione n. 1305/2004 e successive modificazioni. Il responsabile del PAI, individuato in sede di valutazione multidimensionale, è identificato nell'operatore sanitario della ASL di residenza e interagisce costantemente con l'operatore sociosanitario che eroga direttamente l'assistenza tutelare di cui sopra.

Il Referente responsabile del Piano Educativo-Assistenziale e il responsabile del PAI operano in stretto rapporto sinergico, a garanzia dell'appropriatezza della presa in carico, ovvero della corretta realizzazione dei suddetti Piani.

Ripartizione dei costi

Le ore di assistenza tutelare aggiuntiva, previste dal PAI elaborato a seguito della valutazione multidimensionale da parte della ASL di residenza del minore, saranno remunerate in misura pari al costo orario standard previsto per l'Operatore Sociosanitario dalla normativa di riferimento. Tale costo andrà ripartito, ai sensi dell'articolo 22, comma 4) del DPCM 12 gennaio 2017, nella percentuale del 50% a carico della ASL di residenza del minore e del 50% a carico del Comune di residenza al momento dell'ingresso del minore in struttura socioassistenziale residenziale a carattere familiare (art. 6, comma 4 della legge n. 328/2000).

Ulteriori disposizioni

L'indennità di accompagnamento percepita ai sensi delle leggi n. 18/1980 e n. 508/1988, essendo corrisposta per far fronte alle necessità assistenziali dei minori che non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, andrà corrisposta al Comune territorialmente competente per compensare parte dei costi.

Integrazione socio sanitaria

Introduzione

La Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità* (si veda più avanti nel documento i riferimenti all'OMS). In italiano infatti con "curare" si intende sia l'atto di "*prendersi cura*" (che gli inglesi traducono con "to care") ma anche l'atto della *guarigione* da una malattia ("to cure"). Tutti gli atti di "salute" sono rivolti quindi al benessere complessivo della persona, nella consapevolezza che intervenire sull'ambiente circostante sia il modo migliore non solo per prevenire ma anche per garantire una vera e propria vita di qualità e quindi in salute della persona fragile.

Per le persone con disabilità inserite in strutture residenziali è necessario quindi non tanto un intervento medicalizzante e/o riabilitativo, quanto la costruzione di contesti di cura (di "care") capaci di garantire il benessere della persona, scongiurando una medicalizzazione che sarebbe implicita in una gestione dell'utente in ambienti sanitari e che comporterebbe un onere economico gravoso per la collettività.

Per garantire un intervento di natura sociosanitaria è fondamentale:
- la **valutazione multidimensionale** e la **presa in carico** della persona da parte della ASL;
- la continua **supervisione** da parte della ASL e dei servizi del Comune atti a vigilare sulla qualità del servizio offerto garantendo la salute delle persone accolte.

Solo un sapiente e organizzato coordinamento tra i vari attori (gli operatori sociosanitari, i responsabili della struttura, il Medico curante, la ASL e i presidi ospedalieri) può infatti garantire la salute delle persone fragili accolte nelle strutture residenziali.

Non si tratta in definitiva di modificare le strutture residenziali sociali trasformandole in strutture sanitarie, ma di ridefinire l'intervento come intervento non solo sociale o educativo ma come intervento integrato sociosanitario.

Alla luce dei più recenti indirizzi dell'O.M.S. si possono individuare, nell'ambito della vasta area della disabilità, le seguenti tipologie di situazioni invalidanti che necessitano di interventi sanitari e, nel contempo, a cui i servizi sanitari e socio-sanitari si trovano a dover rispondere in modo integrato con interventi appropriati:
- minori e adulti affetti da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia;
- persone colpite da minorazione fisica;
- persone colpite da minorazione di natura intellettiva e/o fisica, anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti, in genere non inseribili nel mondo del lavoro;
- minori con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10, International Classification of Diseases), fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria.

Si richiamano altresì i recenti orientamenti dell'O.M.S. in materia di disabilità in base ai quali "malattia e disabilità sono costrutti distinti che possono essere considerati indipendentemente"; inoltre "la menomazione fa parte di una condizione di salute, ma non indica necessariamente la presenza di una malattia".

Negli anni Ottanta, a seguito di un articolo dello psichiatra statunitense George Libman Engel, apparso sulla Rivista Science nel 1977, si sviluppa un dibattito che porta gradualmente ad una riflessione e ad un mutamento. Engel proponeva di superare il modello bioMedico, centrato sui soli aspetti biologici della malattia, per costruire un nuovo modello di medicina, da lui definito biopsicosociale, secondo il quale ogni condizione di salute o di malattia è conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Si esce quindi da una visione deterministica (se esiste il sintomo A correlato a esami clinici con determinati valori, allora siamo in presenza della malattia B) per accogliere un approccio in cui la persona è considerata nella sua globalità.

In questo cambiamento culturale di grande rilievo incidono senza dubbio gli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che solennemente definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità (la prima definizione è del 1948 ed è stata più volte ribadita in seguito, ad esempio con la Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria svoltasi ad Alma Ata nel 1978 e con la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986);

Per quanto concerne gli effetti di questo cambio di paradigma, emergono nuove esigenze organizzative, onde sviluppare processi di cura a diversa intensità assistenziale centrati sulla persona.

L'integrazione sociosanitaria - Vincenzo Panella

(intervento in Regione Lazio del 24 11 2016)

[La integrazione socio-sanitaria] richiede il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati. Va attuata e verificata a tre livelli:

- istituzionale,
- gestionale,
- professionale.

Aspetti fondamentali:

- centralità della persona e dei suoi bisogni
- programmazione integrata
- rilevanza della prevenzione

Per realizzare un efficace processo di integrazione sociosanitaria è necessario:

- migliorare il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)
- integrare il sistema informativo SIAT e la cartella sociale (e, in un prossimo futuro, la cartella clinica informatizzata). Il SIAT è il Sistema Informativo Per L'assistenza Territoriale Della Regione Lazio.

- definire gli standard e le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie attraverso un modello che superi le divisioni attuali dei processi tra sanità e sociale.

Definizione di “salute” – Constitution of the World Health Organization (O.M.S.)

La organizzazione Mondiale della Sanità, al primo rigo della costituzione così definisce la salute:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.
"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità
Fonte: http://www.who.int/about/mission/en/)

I.C.F. Classificazione Internazionale del Funzionamento – O. M. S.

Il 22 maggio 2001 l'OMS perviene alla stesura di uno strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare e dall'approccio universale: "La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute", denominato ICF. All'elaborazione di tale classificazione hanno partecipato 192 governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità. […] Il primo aspetto innovativo della classificazione emerge chiaramente nel titolo della stessa. […]

"La disabilità (o handicap) è la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso è in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale." [disabilità in *“Dizionario di Economia e Finanza”* – Treccani].

La classificazione detta ICF (International Classification of Functioning) o *Classificazione dello stato di salute* , definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni, dichiarando che l'individuo "sano" si identifica come "individuo in stato di benessere psicofisico" ribaltando, di fatto la concezione di stato di salute. Introduce inoltre una classificazione dei fattori ambientali.

La disabilità è intesa come limitazione della persona nello svolgimento delle "normali" attività, e può portare all'handicap, ovvero allo svantaggio sociale che si manifesta nell'interazione con l'ambiente.
Quella dell'ICF è una prospettiva multidimensionale, che non si limita solo ai fattori organici, definiti come "funzioni" e "strutture corporee". In effetti l'intero schema dell'ICF è fondamentalmente una ripartizione in due macro categorie, a loro volta ulteriormente suddivise:

- Parte 1: Funzionamento e disabilità, comprendente i fattori organici;

1. Strutture corporee (organi e strutture anatomiche in genere)
2. Funzioni corporee (le funzioni fisiologiche espletate da tali strutture)

- Parte 2: Fattori contestuali;

1. Fattori **ambientali** (ovvero dell'ambiente fisico - sociale)
2. Fattori personali, consistenti nella capacità d'interazione con **l'ambiente** fisico - sociale.

Ogni fattore interagisce con gli altri, ed i fattori ambientali e personali non sono meno importanti dei fattori organici. Lo schema generale è: funzioni e strutture corporee <--> Attività <--> Partecipazione.

La terapeuticità del modello casa famiglia - Prof. Paolo Mariotti

PRESUPPOSTI SCIENTIFICI

La vita familiare è la condizione insostituibile nella formazione della personalità e della socialità.

L'esperienza di vita familiare, fatta di affettività, intimità, cure personalissime, consente ad ogni persona, e a maggior ragione a persone con fragilità e difficoltà di sviluppo, di sentirsi amabile e amato, attribuisce senso e significato alla vita, costituisce linfa e nutrimento nei processi di crescita.

Le basi psicologiche: l'ambiente come elemento essenziale nello sviluppo cognitivo e psico-affettivo

Le Neuroscienze hanno contribuito negli ultimi anni a sottolineare l'importanza dell'ambiente, soprattutto nello stimolare la funzione adattativa del cervello-mente attraverso l'incorporamento delle strutture dell'esperienza nella sua propria struttura per tutto il corso della vita. L'esperienza è fornita già dall'ambiente prenatale e poi da quello familiare, scolastico e del gruppo dei pari.

In qualche modo si può dire che ciascuno con i geni dei propri genitori eredita gli stessi genitori, la società e i luoghi in cui vive, in definitiva con una sola parola: l'ambiente.
È poi l'interazione tra costituzione (genetica) e ambiente che guida lo sviluppo sia cognitivo che psicoaffettivo e determina le differenze individuali.
Eisenberg usa il termine di "nicchia ontogenetica" per enfatizzare il fatto che l'organismo si sviluppa in un setting ecologico e sociale che, come i geni, l'individuo condivide con i propri genitori.
[…]
Intuitivamente possiamo comprendere che se l'influenza dell'ambiente è così importante per i normodotati, a maggior ragione lo sarà per chi ne risulta ancora più dipendente a causa di un deficit che menomi la capacità di interazione con l'ambiente stesso.
Uno dei principi cardine che guida la riabilitazione deriva fondamentalmente da questi concetti che sono anche premessa delle proposte di intervento.
L'ambiente è fondamentale, e quindi una riabilitazione che non interagisca al punto di influenzarlo, difficilmente potrà raggiungere gli obiettivi di un miglioramento delle competenze cognitive e di relazione del soggetto in vista di un miglioramento della qualità di vita.

In questo senso tendiamo a sottolineare la valenza e la potenzialità riabilitativa di tutti i luoghi di vita della persona con disabilità.

La terapeuticità del modello

Gli ospiti sono persone con disabilità accolte su proposta della ASL e dei Servizi Sociali, in strutture residenziali di accoglienza perché privi di idoneo ambiente familiare, che presentano disturbi fisici e/o psichici per i quali la struttura si avvale di cure sanitarie/riabilitative erogate sul territorio dalle unità sanitarie locali.

Si tratta di persone che presentano disturbi fisici e/o psichici per i quali l'accoglienza nella struttura residenziale (casa famiglia) risulta essere "di per se stessa" *esperienza riabilitativa* per il forte risvolto positivo che l'ambiente familiare tipico della casa famiglia è in grado di esercitare sul processo educativo/psicologico della persona.

Intendiamo qui sottolineare come sia l'esperienza stessa di accoglienza in un ambiente familiare ad essere riabilitativa di per se stessa o meglio ad essere elemento fondamentale, ovvero presupposto, di una riabilitazione che sia quanto più efficace possibile.

[…]
Inoltre il modello proposto si basa sul presupposto fondamentale di fruizione da parte dell'utenza svantaggiata di una gamma di servizi (fisioterapia, scuola, ambulatori sanitari, etc.) integrati sul territorio in modo tale che l'utente stesso non venga "ghettizzato" in strutture mono-offerta.

Ciò consente alla persona con disabilità di vivere una vita che sia la più simile possibile a quella di ciascuno di noi.

Prof. Paolo Mariotti
Specialista in Neurologia ed in Neuropsichiatria Infantile.
Dirigente Medico presso l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile presso la Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" - Roma Università Cattolica del Sacro Cuore.

La salute delle persone con disabilità intellettiva: l'importanza del contesto sociale - Graziano Onder, Angelo Carfì

Day Hospital di Geriatria, Fondazione Policlinico Gemelli

Gli adulti con disabilità intellettiva presentano un quadro clinico spesso caratterizzato da deficit funzionali multipli e da frequenti comorbidità. Tale quadro clinico richiede, oltre al tradizionale approccio Medico basato sulla diagnosi e terapia, una approfondita valutazione funzionale multidimensionale che includa non solo le patologie e le terapie in corso, ma anche molteplici domini di funzionamento: cognitivo, comportamentale, psicologico, sociale (1,2). Ciascuno di questi domini contribuisce in modo imprescindibile alla salute del paziente. A titolo di esempio: qualora si riscontrasse una nuova patologia sulla quale poter impostare un intervento terapeutico, si potrebbe essere costretti a non intervenire per via di un tessuto sociale non adeguato a sostenere tale intervento.

Nella pratica clinica quotidiana i medici che si occupano di adulti con disabilità intellettiva sono perfettamente consapevoli del grande impatto sulla salute di un contesto assistenziale sicuro come quello fornito ad esempio presso una casa famiglia.

Oltre all'esperienza sul campo degli operatori sanitari è presente anche nella letteratura scientifica l'evidenza che numerose attività svolte presso le Case Famiglia abbiano un notevole impatto sulla salute. Soggetti con disabilità intellettiva in casa famiglia hanno un'alta probabilità di effettuare i regolari controlli di salute (3). Le attività ricreative sono in grado di mantenere e favorire i domini cognitivi del linguaggio (4). Le attività motorie svolte nell'ambito della casa famiglia sono in grado di promuovere uno stile di vita attivo e l'esercizio fisico (5). Il coinvolgimento sociale è in grado di ridurre il rischio di deterioramento cognitivo negli anziani e nelle persone a rischio di sviluppare una demenza precoce(6).

Disturbi comportamentali gravi come il picacismo, inoltre, sono correlati alla mancanza di contatto sociale, coinvolgimento in attività di svago, di un programma quotidiano di attività nelle persone con disabilità intellettiva (7). L'attività cognitiva comportamentale è in grado di ridurre l'aggressività e di aumentare le strategie di gestione della rabbia (8).

In questo contesto non può essere sottostimato l'impatto sulla salute del solido contesto sociale ottenuto presso le case famiglie; tale contesto è anzi da sostenere, rinforzare e possibilmente espandere a fronte della sempre maggiore prevalenza nella popolazione di adulti e anziani con disabilità intellettiva (9).

Bibliografia

1 Carfì A, Antocicco M, Brandi V, Cipriani C, Fiore F, Mascia D, et al. Characteristics of Adults with Down Syndrome: Prevalence of Age-Related Conditions. Front Med [Internet]. 2014 Dec 3;1. Available from: http://www.frontiersin.org/Geriatric_Medicine/10.3389/fmed.2014.00051/abstract

2 Carfì A, Brandi V, Zampino G, Mari D, Onder G. Editorial: Care of adults with Down syndrome: Gaps and needs. Eur J Intern Med. 2015;

3 Xu X, McDermott SW, Mann JR, Hardin JW, Deroche CB, Carroll DD, et al. A longitudinal assessment of adherence to breast and cervical cancer screening recommendations among women with and without intellectual disability. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2017 Jul;100:167–72. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28455223

4 Lifshitz-Vahav H, Shnitzer S, Mashal N. Participation in recreation and cognitive activities as a predictor of cognitive performance of adults with/without Down syndrome. Aging Ment Health [Internet]. 2016 Sep 2;20(9):955–64. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2015.1047322

5 Lante KA, Walkley JW, Gamble M, Vassos M V. An initial evaluation of a long-term, sustainable, integrated community-based physical activity program for adults with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil [Internet]. 2011 Sep;36(3):197–206. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21843034
6 Hertzog C, Kramer AF, Wilson RS, Lindenberger U. Enrichment Effects on Adult Cognitive Development: Can the Functional Capacity of Older Adults Be Preserved and Enhanced? Psychol Sci Public Interest [Internet]. 2008 Oct;9(1):1–65. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26162004
7 Ashworth M, Hirdes JP, Martin L. The social and recreational characteristics of adults with intellectual disability and pica living in institutions. Res Dev Disabil [Internet]. 30(3):512–20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18789647
8 Willner P, Rose J, Jahoda A, Kroese BS, Felce D, Cohen D, et al. Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial. Br J Psychiatry [Internet]. 2013 Sep;203(3):288–96. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23520220

9 Glasson EJ, Sullivan SG, Hussain R, Petterson BA, Montgomery PD, Bittles AH. The changing survival profile of people with Down's syndrome: implications for genetic counselling. Clin Genet [Internet]. 2002 Nov [cited 2014 Jun 11];62(5):390–3. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12431254

La necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina · George L. Engel

Da "Nucleo monografico sul saggio di George L. Engel: la necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina" pubblicato in AeR-Abilitazione e Riabilitazione, Anno XV - N. 1 - 2006 a cura di Cesare Albasi e Carlo Alfredo Clerici Articolo di G. Engel, p 13-32

Riassunto
In questo articolo pubblicato originariamente su Science nel 1977, l'Autore afferma che il modello dominante di malattia è quello bioMedico. Tale modello non lascia spazio al proprio interno alle dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali inerenti la malattia. Nelle intenzioni dell'Autore, il modello biopsicosociale qui proposto potrebbe fornire un indirizzo programmatico per la ricerca, una cornice di riferimento per l'insegnamento ed un modello per intraprendere azioni concrete nel mondo delle cure sanitarie.

Durante un recente congresso sulla formazione psichiatrica, molti psichiatri sembravano dire alla medicina "Per favore riprendici con te e noi non ci allontaneremo mai più dal 'modello Medico'". Secondo il parere critico di uno psichiatra, tutto ciò dipende dal fatto che "la psichiatria è diventata un miscuglio di opinioni non scientifiche, di filosofie e 'scuole di pensiero' assortite, un insieme indistinto di metafore, di ruoli indefiniti, una forma di propaganda, politicizzazione della salute mentale e perseguimento di altri fini esoterici" (Ludwig, 1975). In netto contrasto, il resto della medicina appare ordinato e preciso. La medicina ha infatti solide basi nelle scienze biologiche, enormi risorse tecnologiche al suo servizio e un primato di straordinari progressi nel chiarire i meccanismi della malattia e nel pianificare nuovi trattamenti.

[…]

Una sfida sia per la medicina che per la psichiatria

Lo sviluppo di un modello Medico biopsicosociale si pone come una sfida sia per la medicina che per la psichiatria. Nonostante le enormi conquiste della ricerca biomedica, vi è un crescente malcontento tra il pubblico e tra i medici, specialmente tra i medici delle ultime generazioni, sia per il fatto che i bisogni di salute non vengono accolti sia perché la ricerca biomedica non ha un impatto adeguato sulle relazioni umane. Tutto questo è comunemente attribuito alle fin troppo evidenti inadeguatezze dell'attuale sistema sanitario. Ma questa non è certamente una spiegazione completa, dato che anche coloro che hanno un adeguato accesso ai servizi sanitari, lamentano comunque il fatto che i medici mostrano scarso interesse e comprensione, si occupano solo delle procedure e sono insensibili ai problemi personali dei pazienti e delle loro famiglie.

Le istituzioni mediche sono viste come fredde e impersonali; più i centri sono prestigiosi nella ricerca biomedica, più comuni sono queste lamentele (Duffand e Hollingshead, 1968).

L'inquietudine in campo Medico deriva dalla crescente consapevolezza di molti medici della discrepanza fra l'eccellenza del loro background bioMedico da una parte, e, dall'altra, l'inconsistenza della loro formazione riguardo ad alcune qualità altrettanto essenziali per poter curare bene il paziente (Engel, 1973a). Molti riconoscono che queste qualità non possono essere migliorate restando all'interno del solo modello bioMedico. L'attuale aumento di interesse per le cure primarie e per la medicina di base, riflette chiaramente la disillusione di alcuni medici nei confronti di un approccio alla malattia che tende ad ignorare il paziente. Questi clinici sono ora più pronti ad avvicinarsi ad un modello Medico che consideri le istanze psicosociali. Persino dai circoli accademici stanno giungendo alcune accese sfide al dogmatismo bioMedico (Rasmussen, 1975; Holman, 1976).

[…]

Il modello biopsicosociale qui proposto fornisce un progetto per la ricerca, una cornice di riferimento per l'insegnamento ed un modello per intraprendere azioni nel mondo reale delle cure sanitarie.

È ancora da valutare se sia utile o meno. La risposta non sarà tuttavia rapida se non ci saranno le condizioni per attuarlo. In una società libera, il risultato dipenderà da coloro che avranno il coraggio di tentare nuove strade e la saggezza di fornire il supporto necessario.

https://it.scribd.com/doc/12780697/Articolo-George-Engel-Science-1977-Nuovo-Modello-Medicina-Traduzione-italiana-Albasi-Clerici#

la versione originale in inglese:
http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf

Normativa nazionale e regionale sulla integrazione socio sanitaria

Il **DPCM 14 febbraio 2001** "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" delinea tre categorie principali di servizi:

§ **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**: prestazioni assistenziali di medio-lungo periodo finalizzate alla prevenzione della salute o al contenimento di esiti degenerativi di patologie invalidanti. Sono di competenza delle A.S.L. e possono essere erogate sia ambulatorialmente, sia a domicilio, sia in strutture di tipo residenziale o semiresidenziale.

§ **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**: servizi sociali in favore di persone con problemi di salute o con fragilità che possono mettere a rischio la loro salute (per esempio, contrasto alla povertà nei confronti di persone disabili, assistenza domiciliare a soggetti non autosufficienti, inclusione sociale di soggetti affetti da patologie, etc.). Sono attività di competenza dei comuni, per le quali è richiesta una compartecipazione da parte dei cittadini che ne beneficiano.

§ **Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria:** servizi assistenziali caratterizzati da elevata rilevanza della parte sanitaria (per esempio, prestazioni erogate nella fase post-acuta di patologie invalidanti). Sono di competenza delle A.S.L.

Alle regioni spetta il compito di programmare gli interventi in ambito socio-sanitario, di determinare i criteri di finanziamento e la quota di compartecipazione dei cittadini, laddove necessario.

Il successivo **DPCM 29 novembre 2001**, definisce **i livelli essenziali di assistenza** da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare:

l'Allegato 1 – parte 1.C - AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, evidenzia, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

il successivo **DPCM 12 gennaio 2017** (LEA) all'articolo 34 comma c recita:

c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;

2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale [si veda più avanti il testo completo della normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA 2017) per una miglior comprensione di questo passaggio]. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

Inoltre la L.R. Lazio 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", (in particolare quanto disposto al capo VII in materia di integrazione socio sanitaria) recita:

"1.Sono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita"

DPCM 12 1 2017 (LEA)

Art. 34

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;

b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;

2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

4. I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

5. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti portatori di handicap individuati dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che necessitano di cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore nei casi e con le modalità individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° dicembre 2000 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

fonte: http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg

Relazione illustrativa LEA 2017

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante: "Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria" - Relazione illustrativa

[…]

Capo IV: Assistenza sociosanitaria.

L'assistenza sociosanitaria, inclusa nell'ambito dell'assistenza distrettuale, prevede l'erogazione di percorsi assistenziali integrati nelle seguenti aree:

1. assistenza distrettuale alle persone non autosufficienti; alle persone nella fase terminale della vita; ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; alle persone con disabilità; alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze;

2. assistenza semiresidenziale e residenziale alle persone non autosufficienti; alle persone nella fase terminale della vita; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo; alle persone con disabilità complesse; alle persone con dipendenze patologiche.

1. Assistenza distrettuale domiciliare e territoriale

In questo ambito, lo schema di D.P.C.M. interviene a caratterizzare e precisare il contenuto dell'attività svolta al domicilio dell'assistito o nei servizi distrettuali (Consultori familiari, CSM, servizi di neuropsichiatria infantile, Servizi di riabilitazione, SERT) senza introdurre novità sostanziali rispetto alla vigente disciplina.
Le principali precisazioni riguardano:

- l'articolazione delle cure domiciliari in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento assistenziale, espressa in termini di CIA (coefficiente di intensità assistenziale). Resta confermata la ripartizione degli oneri tra Ssn e utente/Comune prevista dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie";

- la previsione di un'area specifica di cure domiciliari alle persone nella fase terminale della vita, di elevata intensità assistenziale;
- la declinazione delle principali aree di attività dei consultori familiari, dei CSM, dei servizi per minori con problemi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi, dei servizi per le persone con dipendenze patologiche (il mutamento della definizione consente di includere i servizi per il trattamento delle dipendenze da alcool, da fumo, da gioco d'azzardo patologico, ecc. già attivati in numerose regioni).

2. Assistenza distrettuale semiresidenziale e residenziale

Anche in ambito semiresidenziale e residenziale lo schema definisce e precisa il contenuto dell'attività svolta a favore delle persone non autosufficienti, delle persone nella fase terminale della vita, delle persone con disturbi mentali, dei minori con problemi di natura neuropsichiatrica e del neurosviluppo, dei disabili gravi, delle persone con dipendenze patologiche.

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza alle persone non autosufficienti, il decreto prevede l'articolazione dei profili di cura in funzione dei diversi livelli di intensità assistenziale, dando separata evidenza alla "Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario". Viene evidenziata, inoltre, la necessità di una valutazione multidimensionale preliminare alla presa in carico ed alla scelta della tipologia di struttura idonea a fare fronte alle necessità specifiche della persona, a garanzia dell'appropriatezza. Resta confermata la ripartizione degli oneri tra Ssn e utente/Comune prevista dal d.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di *prestazioni socio sanitarie* "

http://www.regioni.it/cms/file/Image/upload/21.%20Relazione%20illustrativa%20al%20DPCM.pdf

Trascrizione della seduta parlamentare nov. 2016. Aggiornamento dei LEA – Camera dei Deputati

CAMERA DEI DEPUTATI

726. XVII LEGISLATURA BOLLETTINO DELLE GIUNTE E DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Affari sociali (XII)

Mercoledì 16 novembre 2016. — Presidenza del presidente Mario MARAZZITI. La seduta comincia alle 16.05.

Atto n. 358. Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Elena CARNEVALI (PD), relatrice, evidenzia lo schema di decreto del Presidente del Consiglio recante la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), […] Sottolinea che il D.P.C.M. del 2001 dedica un passaggio (all'allegato 1C) all'integrazione socio-sanitaria ovvero alle prestazioni in cui la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuto di non attribuire una percentuale alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. Tale percentuale di costo non attribuibile al Servizio sanitario nazionale è coperta dai Comuni, in quanto responsabili dei costi delle prestazioni sociali, o dall'utente.

http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/commissioni/bollettini/html/2016/11/16/12/comunic.htm#

Legge Regione Lazio n. 11 del 10 agosto 2016

Art. 51 (Integrazione socio-sanitaria)

1. Sono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione in termini di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita.

2. Le prestazioni socio-sanitarie, ai sensi dell'articolo 3-septies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) si distinguono in:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

c) prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

3. Per garantire il coordinamento e l'integrazione tra le prestazioni di cui al comma 2, le aziende sanitarie locali e i comuni stipulano una convenzione o accordo di programma secondo uno schema tipo approvato con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 7.

4. Per l'organizzazione coordinata e integrata delle prestazioni di cui al comma 2, il direttore del distretto sanitario e il responsabile dell'ufficio di piano operano d'intesa, per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di benessere fissati nei piani attuativi locali e nei piani sociali di zona.

5. Il conseguimento degli obiettivi d'integrazione di cui al comma 4 costituisce elemento fondamentale di valutazione del direttore del distretto sanitario e del responsabile dell'ufficio di piano.

6. Per la gestione e l'erogazione coordinata ed integrata delle prestazioni socio-sanitarie di cui al comma 2, l'azienda sanitaria locale e i comuni associati definiscono i rispettivi *budget,* creando un *budget* unico di distretto impostato e valorizzato mediante indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa che devono essere assegnati a responsabili identificabili e i criteri di partecipazione alla spesa, concorrendo con proprie risorse finanziarie in coerenza con gli indirizzi programmatici regionali.

7. La Giunta regionale, su proposta del tavolo di coordinamento interassessorile per l'integrazione socio-sanitaria e previo parere delle commissioni consiliari competenti, approva, con propria deliberazione, le linee guida regionali per l'integrazione socio-sanitaria, da allegare al piano sociale regionale e al piano sanitario regionale, con cui:

a) individua le prestazioni da ricondurre alle tipologie indicate al comma 2, in attuazione del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, tenuto conto dei livelli essenziali di cui all'articolo 22;

b) determina i criteri di finanziamento delle stesse;

c) individua gli strumenti di incentivazione e di verifica dei livelli di integrazione socio-sanitaria nei diversi distretti;

d) stabilisce che ogni azienda sanitaria locale, per il territorio di propria competenza, rediga, controlli ed aggiorni, in piena trasparenza le liste di attesa delle prestazioni socio-sanitarie;

e) definisce i criteri di accesso alle prestazioni socio-sanitarie erogate direttamente dalle aziende sanitarie locali;

f) approva lo schema di convenzione o accordo di programma di cui al comma 3;

g) definisce gli *standard* di efficacia ed efficienza per la misurazione delle prestazioni e per la valutazione degli obiettivi strategici.

Art. 52

(Punto unico di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie con continuità assistenziale)

1. Al fine di favorire la fruizione da parte degli utenti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari erogati nell'ambito del distretto, i comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA).

2. Sono funzioni specifiche del PUA:

a) orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;

b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni di cui alla lettera a), favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;

c) avviare la presa in carico, mediante una prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati;

d) segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata di cui all'articolo 53.

3. Il PUA deve avere, in via privilegiata, diversi punti d'accesso decentrati presso i servizi territoriali quali segretariato sociale, il Centro unico di prenotazione (CUP) e il RECUP prenotazione prestazioni sanitarie delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e le case della salute, gli sportelli sociali attivati da enti pubblici, ospedali, ambulatori, presidi delle aziende sanitarie locali e presidi socio-sanitari in generale, enti del terzo settore, sindacati ed enti di patronato collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace funzionalità informativa.

4. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

5. Il PUA utilizza, nell'ambito di un più ampio sistema informativo relativo alle attività socio-sanitarie, un apposito strumento, definito cartella socio-sanitaria, per la registrazione informatizzata dei dati relativi all'utenza, alla domanda espressa, alla valutazione integrata dei casi, alla presa in carico, alla gestione dei casi ed ai loro esiti conclusivi, acquisiti anche dai soggetti erogatori dei servizi, nel rispetto del diritto alla riservatezza degli utenti. Tali dati sono altresì forniti in forma aggregata al SISS (Sistema Informativo dei Servizi Sociali della regione).

6. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta formulata di concerto degli Assessori competenti in materia di politiche sociali e di sanità, sono stabilite linee guida in ordine all'organizzazione, alla dotazione organica ed alle modalità di finanziamento del PUA.

Art. 53

(Presa in carico integrata della persona e budget di salute)

1. Il piano personalizzato, in presenza di bisogni complessi della persona che richiedono l'intervento di diversi servizi ed operatori sociali, sanitari e socio educativi, è predisposto da apposita unità valutativa multidisciplinare, attivata dal PUA, d'intesa con l'assistito ed eventualmente con i suoi familiari, in base ad una valutazione multidimensionale della situazione della persona, tenendo conto della natura del bisogno, della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale.

2. Il piano personalizzato di cui al comma 1 individua gli obiettivi da raggiungere, gli interventi di tipo sociale, sanitario ed educativo, le figure professionali ad essi preposti, il responsabile del caso preposto al loro coordinamento, le modalità e i tempi di attuazione, nonché i relativi costi e la loro ripartizione tra le aziende sanitarie locali e comuni e l'eventuale compartecipazione dell'utente. Il piano personalizzato, nel corso della durata dell'intervento assistenziale, può subire dei correttivi orientati a perfezionare il raggiungimento degli obiettivi fissati.

3. Al fine di prevenire il fenomeno dell'interruzione delle cure al momento delle dimissioni da strutture sanitarie e dei ricoveri impropri, sono attivati percorsi domiciliari di continuità assistenziale che garantiscono la prosecuzione delle prestazioni sanitarie in forma integrata con le prestazioni sociali.

4. La Regione disciplina i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie locali garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza e, nel rispetto del principio di sussidiarietà e di complementarietà tra gli erogatori delle prestazioni sociosanitarie, promuove la centralità e la partecipazione dei cittadini e la corresponsabilità della presa in carico da parte del personale dell'azienda sanitaria locale e degli enti locali con soggetti del terzo settore, utenti e loro familiari.

5. La Regione, al fine di dare attuazione alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute" e alle relative raccomandazioni del 2009, adotta una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da *budget* di salute, costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito.

6. La Giunta regionale, previo parere delle commissioni consiliari competenti, approva specifiche linee guida per la definizione della metodologia di integrazione socio-sanitaria di cui al comma 5.

http://www.socialelazio.it/binary/prtl_socialelazio/tbl_normativa/LR_11_2016.pdf

Piemonte. Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2003, n. 51 - 11389

[…]

L'area socio-sanitaria interessata dal presente percorso di concertazione è, nella fase attuale, quella individuata dal D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, Punto 1.C, limitatamente a quel complesso di prestazioni sanitarie a rilievo sociale nelle quali la componente sanitaria e quella socio-assistenziale sono così correlate da non risultare operativamente distinguibili e per le quali il decreto stesso ha individuato una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N.

Tale area comprende le prestazioni relative ai seguenti livelli assistenziali:

1. assistenza programmata a domicilio (cure domiciliari), ad esclusione delle prestazioni rivolte ai soggetti per cui il decreto non prevede compartecipazione alla spesa da parte degli stessi/Comune;

2. assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale a favore di disabili;

3. assistenza territoriale residenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale;

4. assistenza territoriale residenziale nella fase di lungoassistenza a favore di persone affette da HIV;

Le attività indicate ai punti 1, 2, 3, 4, hanno richiesto, per dare attuazione alle disposizioni previste dal decreto, un approfondimento finalizzato, per alcune (punti 3 e 4) alla definizione di un modello socio-sanitario integrato, oggi inesistente in Piemonte; per altre (punti 1 e 2) alla riorganizzazione della risposta esistente (disabili) ed all'integrazione del modello recentemente delineato (cure domiciliari).

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2003/53/siste/00000076.htm
http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2003/53/attach/dg11389.pdf

Tavolo congiunto REGIONE-TERRITORIO per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria.

L'ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI PER PERSONE CON DISABILITA'.

Principi generali.

Il presente modello è formulato sulla base del principio generale, contenuto nel D.Lgs.502/1992 modificato ed integrato e nel D.P.C.M. 29/11/2001 (a cui l'art. 54 della L.289/2002 ha dato forza di legge), che è compito del Servizio Sanitario nazionale garantire le prestazioni sanitarie e socio- sanitarie, attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previsti dalla normativa vigente e riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre la L. 328/2000, in coerenza con gli artt.2,3 e 38, della Costituzione, attribuisce al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la cui gestione nella regione Piemonte fa capo ai Comuni ed agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, il compito di garantire a tutti i cittadini la prevenzione, l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria è normata dall'art.3 septies del D.Lgs.502/1992 e, in attuazione, dal D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie". Tale normativa individua e definisce, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle sociali a rilievo sanitario.

Il D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C (successivamente richiamato come "decreto"), nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni individuate nei Livelli Essenziali (L.E.A.), individua per ciascuna tipologia erogativa di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziare destinate al S.S.N.

L'area di prestazioni interessata dal presente modello afferisce a quest'ultima tipologia.

Alla luce dei più recenti indirizzi dell'O.M.S. si possono individuare, nell'ambito della vasta area della disabilità, le seguenti tipologie di situazioni invalidanti che necessitano di interventi sanitari e, nel contempo, a cui i servizi sanitari e socio-sanitari si trovano a dover rispondere in modo integrato con interventi appropriati: soggetti, minori e adulti, affetti da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia; colpiti da minorazione fisica; colpiti da minorazione di natura intellettiva e/o fisica, anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti, in genere non inseribili nel mondo del lavoro; minori con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10), fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria.

Si richiamano altresì i recenti orientamenti dell'O.M.S. in materia di disabilità in base ai quali "malattia e disabilità sono costrutti distinti che possono essere considerati indipendentemente"; inoltre "la menomazione fa parte di una condizione di salute, ma non indica necessariamente la presenza di una malattia".

Le situazioni di disabilità individuate nel decreto si riconducono alle seguenti tipologie:

- per soggetti privi di sostegno familiare si intendono tutti coloro il cui nucleo familiare si rivolge ai servizi socio-sanitari per una richiesta di ricovero e per i quali non sono più sufficienti gli interventi diurni e domiciliari;

- per soggetti in situazione di gravità si intendono coloro che sono in possesso di una certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 della L.104/92 ed i soggetti che, anche in possesso di un certo grado di autonomia, non sono inseribili nel mondo del lavoro in base alla certificazione rilasciata ai sensi della L.68/1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

[…]

La relativa risposta socio-sanitaria viene prevista nell'ambito del progetto definito in sede di U.V.H.

Tenendo presente questi principi e quest'articolazione dei bisogni connessi all'area in questione, si individua un modello organizzativo che si prefigge l'obiettivo di rispondere in modo flessibile alla peculiarità ed alle diversificate potenzialità del soggetto disabile, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampia possibile e, nel contempo, governabile da chi la deve gestire, programmare e controllare.

Modello organizzativo per articolare la risposta residenziale e semiresidenziale per persone disabili.

Il modello è finalizzato alla qualificazione della risposta residenziale e semiresidenziale attualmente erogata, al miglioramento dell'appropriatezza della stessa rispetto agli effettivi bisogni dell'utenza ed in linea generale ad obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità degli interventi erogati rispetto alle reali esigenze degli ospiti.

Il modello, fondato sull'individuazione di fasce diversificate nell'ambito delle strutture e degli interventi per disabili previste dalla vigente normativa regionale, mira ad articolare l'intervento in livelli d'intensità delle prestazioni (base, medio, alto), in relazione al bisogno della persona inserita.

Strutture residenziali e semiresidenziali:
Fasce assistenziali e livelli d'intensità delle prestazioni.

Sulla base della normativa nazionale precedentemente richiamata e dei principi introdotti dal
D.P.R. 23/5/2003 "Piano Sanitario Nazionale 2003-2005", le strutture per disabili previste e disciplinate dalla vigente normativa regionale sono articolate in fasce assistenziali differenziate per l'intensità della risposta erogata rispetto ai bisogni trattati.

Le definizioni relative a ciascuna tipologia di struttura richiamata nell'elenco che segue sono esplicitate nelle deliberazioni regionali riportate fra parentesi, alle quali si rinvia per quanto attiene ai requisiti e al tipo di utenza a cui le medesime sono destinate.

1) Ipotesi di graduazione degli oneri a carico del F.S.R.

Il modello prevede una graduazione degli oneri a carico del F.S.R. (Fondo Sanitario Regionale) sulla retta complessiva, variabile sulla base della suddetta articolazione dei servizi, come segue:

Servizi di Fascia A: oneri a carico del FSR al 70% della retta; Servizi di Fascia B: oneri a carico del FSR al 60% della retta; Servizi di Fascia C: oneri a carico del FSR al 50 % della retta.

La percentuale di compartecipazione del FSR viene applicata sia sul livello base che sul livello medio.

Per il livello prestazionale alto, in considerazione del carattere prevalentemente clinico-riabilitativo, della temporaneità e delle fasi del progetto di recupero, dell'inserimento da effettuarsi sotto la responsabilità e verifica dell'U.V.H. nei tempi stabiliti nel presente atto, l'incremento rispetto al livello medio è assunto a carico del servizio sanitario. Per tali inserimenti quindi, la contribuzione dell'utente/Comune è stabilita sul livello medio.

2) Criteri per individuare il livello d'intensità da attribuire ad un progetto.

L'incremento della complessità dell'intervento sui livelli medio e alto si applica sui tempi di assistenza di base stabiliti dalla normativa regionale di riferimento, viene calibrato sulla composizione dei fattori produttivi impiegati nel progetto, eventualmente includendo anche figure professionali e/o esperti in specifiche materie, necessarie per rispondere alle nuove patologie emergenti, anche se non contemplate fra quelle di cui alla D.G.R. 230/97.

Il livello prestazionale base è destinato a soggetti che, pur in presenza di menomazioni, mantengono una sufficiente condizione di autosufficienza e autonomia, per i quali risultano appropriati gli standard assistenziali minimi stabiliti dalla normativa vigente, con l'obiettivo di mantenere il livello raggiunto ed il maggior grado di autonomia personale; gli altri due livelli rispondono invece a situazioni maggiormente complesse, che richiedono una maggiore intensità degli interventi riabilitativi, socializzanti e tutelari per assolvere alle esigenze della persona.

Il livello prestazionale medio risponde a situazioni sia stabilizzate che in corso di evoluzione, che necessitano per un tempo medio o prolungato, comunque definito, di un grado d'intensità socio- riabilitativa e di assistenza alla persona maggiore rispetto ai requisiti minimi stabiliti dalla normativa vigente, al fine di conseguire un recupero o un mantenimento delle proprie funzioni.

Il livello prestazionale "alto" risponde a situazioni di gravità/aggravamento della patologia disabilitante ed è finalizzato ad un recupero o ad una stabilizzazione. E' caratterizzato da un rilevante impegno terapeutico e riabilitativo e da una conseguente intensità della componente sanitaria, da individuare nel progetto personalizzato; riveste carattere temporaneo e pertanto ha una durata massima di un anno, prorogabile su valutazione e responsabilità dell'U.V.H.

Le prestazioni afferenti a tale livello sono pertanto riferite prevalentemente alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario del disabile relativi alle funzioni psico-fisiche e alla limitazione dell'autonomia del soggetto.

Questa tipologia d'inserimento si prefigge anche l'obiettivo di ridurre i ricoveri impropri a livello ospedaliero.

Il livello d'intervento adeguato ed appropriato alle esigenze dell'utente deve essere individuato e valutato dall'U.V.H., anche su richiesta dell'utente stesso, del familiare o del tutore nel caso di impossibilità del medesimo ad esprimere le proprie esigenze, e/o su segnalazione del responsabile della struttura ospitante. Il livello d'intervento è individuato attraverso la definizione del progetto personalizzato, il quale deve valutare tutti gli aspetti connessi con la natura del bisogno e deve stabilire la tipologia di risposta appropriata da erogare, le procedure ed i tempi di valutazione e di verifica.

La presa in carico residenziale comprende il complesso delle azioni atte a supportare la vita dell'ospite nell'arco delle 24 ore, in relazione al progetto personalizzato.

Il progetto verrà rivalutato da parte dell'U.V.H. nei tempi prefissati per verificare i risultati ottenuti, nonché l'attualità e la coerenza rispetto al livello assistenziale assegnato: in particolare, rispetto a progetti che prevedono un livello d'intensità elevato, la rivalutazione, sotto la diretta responsabilità dell'U.V.H., deve avvenire almeno semestralmente.

3) Progetti terapeutici e socio-riabilitativi individualizzati

Al fine di favorire una reale integrazione delle persone di cui al presente atto, anche in attuazione delle LL. n.104/1992 e n.162/1998, si considerano compresi nelle tipologie di prestazioni con oneri parzialmente a carico del F.S.R. i progetti individualizzati socio-sanitari, alternativi alla residenzialità e semiresidenzialità , atti a garantire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e la sua riabilitazione psico-fisica, con l'obiettivo di rafforzare l'autonomia personale e di potenziare e mantenere le funzioni e le abilità individuali.

Tali progetti si considerano afferenti al livello base dell'intera gamma delle prestazioni come sopra articolate, sono formulati previa valutazione da parte dell'U.V.H., la quale provvede altresì alle successive verifiche periodiche (in media annualmente) e sono ammissibili solo nel caso in cui gli interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi disposti ed erogati a livello territoriale e/o domiciliare siano alternativi alla residenzialità della persona.

La programmazione annuale di tali attività territoriali da parte delle ASL integra la programmazione delle attività residenziali e semiresidenziali, delle quali i progetti individualizzati costituiscono una risposta alternativa.

4) Modalità operative ed organizzative per la gestione dei servizi.

La programmazione locale delle attività e delle prestazioni di cui al presente atto è definita sulla base ed in coerenza con gli obiettivi e con le risorse assegnate nell'ambito della programmazione regionale.

La programmazione delle prestazioni facenti capo al comparto sanitario è definita dall'A.S.L., secondo gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci, nell'ambito del Programma per le attività territoriali-distrettuali, facente parte integrante del Piano di attività aziendale: tale documento di programmazione è adottato secondo le modalità indicate dalla D.G.R. 80-1700 dell'11/12/2000, in attuazione di quanto disposto dal D.Lgs.229/1999, dalla L.328/2000, art.19 (Piani di zona) e dalla vigente normativa regionale.

In particolare, la rappresentanza dei Comuni espressa attraverso gli organismi previsti dai D.Lgs. n.502/92 e n.229/1999 garantisce i livelli essenziali previsti e la coerenza della programmazione definita a livello di A.S.L. con quella definita dai Comuni singoli o associati nell'ambito dei Piani di zona.

La pianificazione operativa delle prestazioni integrate è definita nell'ambito degli accordi fra A.S.L. e Comuni o Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, disponendo in ogni caso la diretta responsabilità di ciascuno degli enti coinvolti, in relazione agli oneri sostenuti, per tutti gli adempimenti connessi ai servizi sia gestiti direttamente, sia da parte degli Enti locali, sia da parte di soggetti terzi.

In particolare, sulla base della programmazione annuale e pluriennale delle attività, le A.S.L. e gli Enti gestori socio-assistenziali individuano congiuntamente la rete delle strutture pubbliche e private accreditate attraverso le quali saranno erogati gli interventi per i propri cittadini, sulla base dell'articolazione prevista nel presente modello.

I rapporti contrattuali con le strutture private sono definiti congiuntamente, per le rispettive competenze, fra l'A.S.L., l'Ente gestore socio-assistenziale ed il presidio e sono trasmessi annualmente alla Regione, congiuntamente agli atti del consuntivo.

Le attività socio-sanitarie di cui al presente atto sono riportate dall'A.S.L. nel Piano di attività e nel consuntivo, sotto le voci delle specifiche tabelle della procedura regionale.

L'Unità di Valutazione dell'Handicap, di cui alla D.G.R. n.147-23154 del 22/2/1993, esistente in ogni A.S.L., è competente e responsabile della valutazione multidisciplinare e della formulazione dei progetti d'intervento nonché del tipo di risposta. A tal fine l'U.V.H. si avvale degli specifici apporti professionali dell'A.S.L. e/o dell'Ente gestore socio-assistenziale, quali componenti specialistiche nell'ambito delle fasi progettuali.

Il ruolo e la connessa responsabilità dell'U.V.H. riguardano pertanto la definizione del progetto d'intervento, l'individuazione della tipologia strutturale e gestionale e del livello d'intensità delle prestazioni, la verifica nei tempi predefiniti dell'andamento del progetto e del livello identificato.
L'UVH deve svolgere la propria attività in coerenza e nell'ambito degli indirizzi, degli obiettivi e delle risorse stabiliti nella programmazione dell'ASL e dell'Ente gestore socio-assistenziale.

Rispetto alla valutazione effettuata dall'U.V.H., l'interessato, se ne ha la capacità, o il famigliare o il tutore può: avvalersi, in sede di valutazione o comunque prima che la commissione si sia formalmente espressa, della perizia di propri esperti e/o farsi rappresentare da un'associazione di categoria e/o di volontariato che opera a difesa dei diritti delle persone disabili.

La Commissione centrale per le rivalutazioni degli ex O.P. di cui alla D.G.R. n. 74-28035 del 2/8/1999, integrata con le figure professionali in possesso di specifica competenza sulle aree di cui al presente atto, da individuarsi con apposito provvedimento regionale, costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie che dovessero insorgere fra i diversi soggetti in merito alle valutazioni espresse a livello locale.

Friuli Venezia Giulia Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6

Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

[…]

Art. 5

(Accesso al sistema integrato)

1. Le persone di cui all'articolo 4 [nota: si tratta dei cittadini del territorio, per una migliore definizione si rimanda al testo integrale della legge. V. riferimenti in calce] fruiscono delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato in relazione alla valutazione professionale del bisogno e alla facoltà di scelta individuale.

2. Per garantire l'integrazione degli interventi e la continuità assistenziale, nonché la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi, è predisposto un progetto assistenziale individualizzato, definito d'intesa con la persona destinataria degli interventi ovvero con i suoi familiari, rappresentanti, tutori o amministratori di sostegno.

3. Il Servizio sociale dei Comuni di cui all'articolo 17, in raccordo con i distretti sanitari, attua forme di accesso unitario ai servizi del sistema integrato, al fine di assicurare:
a) l'informazione e l'orientamento rispetto all'offerta di interventi e servizi;
b) la valutazione multidimensionale del bisogno, eventualmente in forma integrata;
c) la presa in carico delle persone;
d) l'integrazione degli interventi;
e) l'erogazione delle prestazioni;
f) la continuità assistenziale.
4. Per garantire un'idonea informazione sull'offerta di interventi e servizi, il Servizio sociale dei Comuni può avvalersi degli istituti di patronato e di assistenza sociale presenti nel territorio di pertinenza, attraverso la stipula di apposita convenzione.

Art. 6

(Sistema integrato e prestazioni essenziali)

1. Il sistema integrato fornisce risposte omogenee sul territorio regionale attraverso:
a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito;
b) misure per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio, anche attraverso il sostegno all'assistenza familiare e l'offerta semiresidenziale e residenziale temporanea;
c) interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari;
d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari;
e) misure di sostegno alle donne in difficoltà;
f) misure per favorire l'integrazione sociale delle persone disabili;
g) misure per favorire la valorizzazione del ruolo delle persone anziane;
h) la promozione dell'istituto dell'affido;
i) la promozione dell'amministrazione di sostegno legale di cui alla legge 9 gennaio 2004, n. 6 (Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali), secondo le modalità previste dalla normativa specifica in materia;
j) il soddisfacimento delle esigenze di tutela residenziale delle persone non autonome e non autosufficienti;
k) il sostegno socioeducativo nelle situazioni di disagio sociale;
l) l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire l'accesso e la fruizione dei servizi e lo sviluppo di forme di auto-mutuo aiuto.
2. Sono considerati essenziali i servizi e le prestazioni di cui al comma 1, fermo restando che vanno comunque garantiti in ogni ambito territoriale i seguenti servizi e interventi:
a) servizio sociale professionale e segretariato sociale;
b) servizio di assistenza domiciliare e di inserimento sociale;
c) servizi residenziali e semiresidenziali;
d) pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
e) interventi di assistenza economica.
[…]

Art. 8

(Funzioni della Regione)

1. La Regione esercita le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo in materia di interventi e servizi sociali.

2. La Regione, in particolare:
a) approva il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
b) definisce gli indirizzi al fine di garantire modalità omogenee nel territorio regionale per assicurare la facoltà, da parte delle persone e delle famiglie, di scegliere tra i servizi dei soggetti accreditati e convenzionati, in coerenza con la programmazione locale e con il progetto individuale;
c) definisce i requisiti minimi e le procedure per l'autorizzazione di strutture e servizi a ciclo residenziale e semiresidenziale che svolgono attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie pubbliche e private;

d) promuove e autorizza lo sviluppo dei servizi del sistema integrato, attraverso la realizzazione di progetti innovativi e sperimentali di interesse regionale;
e) definisce i requisiti e le procedure per l'accreditamento dei servizi e delle strutture operanti nel sistema integrato;

f) definisce le modalità e i criteri per l'esercizio della vigilanza sulle strutture e sui servizi di cui alla lettera c);

g) definisce indirizzi generali per la determinazione del concorso degli utenti al costo delle prestazioni;
h) ripartisce le risorse del Fondo sociale regionale di cui all'articolo 39 e le altre risorse destinate al finanziamento del sistema integrato;
[…]
Art. 10
(Funzioni dei Comuni)
1. I Comuni sono titolari della funzione di programmazione locale del sistema integrato, delle funzioni amministrative concernenti la realizzazione del sistema locale di interventi e servizi sociali, nonché delle altre funzioni e compiti loro attribuiti dalla vigente normativa statale e regionale e in particolare:
a) garantiscono l'erogazione dei servizi e delle prestazioni facenti parte del sistema integrato;
b) determinano gli eventuali livelli di assistenza ulteriori e integrativi rispetto a quelli determinati dallo Stato e dalla Regione;
c) definiscono le condizioni per l'accesso alle prestazioni erogate dal sistema integrato;
d) esercitano le funzioni relative all'autorizzazione, alla vigilanza e all'accreditamento dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;
e) coordinano i programmi, le attività e i progetti dei soggetti privati operanti in ciascun ambito territoriale;
f) concorrono alla realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali regionale.
2. I Comuni esercitano le funzioni di programmazione locale attraverso i Piani di zona e concorrono alla programmazione regionale con le modalità previste dal Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.
3. Nell'esercizio delle funzioni di programmazione, i Comuni promuovono il concorso e agevolano il ruolo dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000.
Art. 11
(Funzioni delle Aziende per i servizi sanitari)
1. Le Aziende per i servizi sanitari partecipano alla programmazione e alla realizzazione del sistema integrato, con particolare riferimento all'integrazione sociosanitaria.
2. I Comuni possono prevedere la delega della gestione del Servizio sociale dei Comuni, ovvero di specifici servizi, alle Aziende per i servizi sanitari.
3. Le Aziende per i servizi sanitari, previa autorizzazione della Regione, possono partecipare a società a capitale misto pubblico e privato o a capitale interamente pubblico per la gestione ed erogazione degli interventi e servizi sociosanitari.
[…]
Art. 23
(Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali)
1. Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato Piano sociale regionale, promuove azioni volte a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza e definisce politiche integrate per la prevenzione, riduzione ed eliminazione delle condizioni di bisogno e di disagio, nonché per il contrasto dell'istituzionalizzazione.
2. Il Piano sociale regionale è coordinato con la programmazione regionale in materia sanitaria, sociosanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali ed è predisposto in conformità ai principi di sussidiarietà e adeguatezza, secondo il metodo della concertazione.

3. Il Piano sociale regionale, tenuto conto delle politiche di cui al titolo III, capo I, indica in particolare:

a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, i fattori di rischio sociale da contrastare e i relativi indicatori di verifica;
b) le aree e le azioni prioritarie di intervento, nonché le tipologie dei servizi, degli interventi e delle prestazioni;

c) i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire sul territorio regionale e le condizioni di esigibilità delle medesime;
d) le modalità di finanziamento del sistema integrato;
e) le esigenze e gli interventi relativi alla formazione di base e alla formazione permanente del personale, da realizzarsi anche tramite attività formative rivolte congiuntamente al personale appartenente al settore sanitario e al settore sociale;
f) i criteri per la sperimentazione di servizi e interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e a introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi;
g) i criteri generali per l'accreditamento dei soggetti che concorrono alla realizzazione e gestione del sistema integrato;

h) i criteri e le modalità per la predisposizione della Carta dei diritti e dei servizi sociali di cui all'articolo 28;

i) i criteri e le modalità per la predisposizione di interventi e progetti integrati nelle materie di cui al comma 2;

j) il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per le diverse tipologie di utenza.
4. Il Piano sociale regionale ha durata triennale ed è approvato dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta.
5. La rilevazione delle condizioni di bisogno di cui al comma 1 viene effettuata mediante l'utilizzo di indicatori omogenei ai settori sanitario e socioassistenziale, definiti dalla Giunta regionale.
[...]
Art. 31
(Autorizzazione)
1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale, semiresidenziale e diurno pubbliche e private che svolgono attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie sono soggette al rilascio di autorizzazione all'esercizio.

2. L'autorizzazione è concessa, dal Comune nel cui territorio il servizio o la struttura è ubicata, alla persona fisica qualificata come titolare dell'attività o al legale rappresentante della persona giuridica o della società, previa verifica del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalle disposizioni statali e regionali in materia.

[...]
Art. 33
(Accreditamento)
1. L'accreditamento costituisce titolo necessario per la stipulazione di contratti con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'esercizio dell'attività. Il processo di accreditamento dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie è coordinato con i meccanismi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie di cui all'articolo 31, comma 8.

2. Con regolamento regionale sono definite le procedure del processo di accreditamento e gli ulteriori requisiti di cui al comma 1, con particolare riferimento a:
[...]
Art. 46
(Politiche per le persone con disabilità)
1. La Regione, in conformità a quanto previsto dalla legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate e attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"), e dall'ulteriore normativa regionale di settore, promuove politiche atte a rimuovere ogni forma di discriminazione e mancanza di pari opportunità, a prevenire il verificarsi o l'aggravarsi di situazioni di disabilità, a garantire l'inclusione sociale, lavorativa, l'autodeterminazione, l'autonomia, la protezione e la cura delle persone con disabilità, con particolare riguardo verso le condizioni delle persone con disabilità gravi.

2. Per le finalità di cui al comma 1, oltre a quanto già previsto dalla normativa di settore, la Regione:
a) sostiene le famiglie che hanno al proprio interno persone disabili, anche promuovendo forme di auto-mutuo aiuto;

b) promuove misure alternative al ricovero in strutture e servizi di sollievo, soluzioni abitative autonome e forme di residenzialità per le persone disabili gravi prive del sostegno familiare;
c) assicura l'accesso a trasporti, servizi culturali, ricreativi e sportivi per migliorare la mobilità delle persone disabili, anche affette da gravi menomazioni fisiche o sensoriali;
d) favorisce, in collaborazione con il sistema scolastico e universitario, la formazione indirizzata a progettare e realizzare abitazioni, uffici e luoghi di lavoro accessibili;
e) promuove la diffusione delle informazioni sui problemi connessi alla disabilità e alla vita di relazione delle persone disabili.
[...]

Art. 55

(Integrazione sociosanitaria)

1. L'integrazione sociosanitaria è finalizzata al coordinamento e all'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute e di benessere della persona, indipendentemente dal soggetto gestore degli interventi.

2. Le prestazioni sociosanitarie sono dirette alle persone con bisogni di salute complessi, che necessitano di risposte unitarie, sanitarie e di protezione sociale, anche di lungo periodo.

Art. 56

(Prestazioni sociosanitarie)

1. Ai sensi dell'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992, come inserito dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 229/1999, le prestazioni sociosanitarie si distinguono in:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;

b) prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria;

c) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, lettere a) e b), sono assicurate dalle Aziende per i servizi sanitari. Le prestazioni di cui al comma 1, lettera c), sono assicurate dai Comuni.

3. Al fine di garantire la piena e uniforme realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, la Regione determina le prestazioni da ricondurre alle tipologie del comma 1, nonché gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, funzionamento e finanziamento delle prestazioni sociosanitarie.

Art. 57

(Erogazione delle prestazioni sociosanitarie integrate)

1. L'assistenza sociosanitaria integrata è erogata di norma utilizzando lo strumento dei progetti personalizzati, redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali e di approcci multidisciplinari.

2. Per la definizione delle modalità tecnico-organizzative dei progetti di cui al comma 1, la Regione emana apposite linee guida.

http://lexview-int.regione.fvg.it/fontinormative/xml/xmlLex.aspx?anno=2006&legge=6&ART=000&AG1=00&AG2=00&fx=lex

normativa di riferimento

D. Lgs 229 del 1991 - *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (G.U. del 16 luglio 1999, n. 165 - Suppl. Ordinario n. 132).*

D.P.C.M. del 14/02/2001 - *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie* (G.U. 6 giugno 2002, n. 129).

D.P.C.M. del 29/11/2001 - *Definizione dei livelli essenziali di assistenza* (G.U. 8 febbraio 2002, n. 33).

Legge 328 dell'8 novembre 2000 - *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* (*G.U.* 13 novembre 2000, n. 265 - Suppl. Ordinario n. 186).

Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma, 2007.

(L. 5 febbraio 1992, n. 104) L. 21 maggio 1998, n. 162

Dgr Lazio 1305/04

Articolo 3-septies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 - Integrazione socio-sanitaria

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

D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" ABROGATO

D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria.

D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Integrazione sociosanitaria nelle regioni d'Italia

§ Veneto: i servizi sono da sempre integrati e gestiti dalle USSL;

§ Piemonte: utilizza il sistema delle convenzioni tra ASL e Comuni;

§ Friuli Venezia Giulia: garantisce l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della legge 31 marzo 2006, n. 6 – capo II: Politiche sociosanitarie integrate;

§ Toscana: garantisce l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della legge 24 febbraio 2005 n. 41 art. 3 c.2 a).

Normativa sociale e sanitaria per le strutture residenziali. Regione Lazio

Microstrutture Sanitarie
http://www.regione.lazio.it / binary/rl_sanita/ tbl_normativa/ SAN_DCA_U00485 15_10_2015. pdf
Decreto U00485/2015 commissario ad Acta Regione Lazio
Nucleo residenziale socioriabilitativo di mantenimento a basso carico assistenziale.

4. STRUTTURE CHE EROGANO TRATTAMENTI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
4.2. Strutture che erogano trattamenti riabilitativi a persone con disabilità
L'offerta riabilitativa territoriale per le persone con disabilità è graduata in trattamenti intensivi, estensivi e socio-riabilitativi di mantenimento, erogabili in nuclei. All'interno delle singole strutture possono coesistere nuclei diversi, come individuati dal DPCA n. 39/2012 (Decreto del Presidente In qualità di Commissario ad Acta): intensivo, estensivo, socio-riabilitativo di mantenimento.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE CHE EROGANO ATTIVITÀ RIABILITATIVA A PERSONE CON DISABILITÀ FISICA, PSICHICA E SENSORIALE

L'attività socio-riabilitativa di mantenimento residenziale e semiresidenziale può essere erogata anche in strutture collocate in contesti residenziali urbani (microstrutture), che vanno da 6 a 12 posti. I principi che ispirano la gestione delle microstrutture sono quelli della dimensione "familiare" in grado di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali promuovendone la salute attraverso l'adozione del modello bio-psico-sociale.

4.2.1.c Requisiti organizzativi (commi 2 e 3)
La direzione della struttura residenziale è affidata ad un Medico specialista in riabilitazione; per Medico specialista in riabilitazione "si intende un Medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitativa ed equipollenti, ovvero un Medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un Medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative" (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, Piano di indirizzo per la riabilitazione, GU 2.3.2011, SG n. 50). Qualora l'offerta riabilitativa sia erogata anche in altri regimi assistenziali, egli può assumere la direzione delle diverse attività, in questo caso per ogni regime è previsto un Medico responsabile con le stesse caratteristiche professionali. In caso di assenza o di impedimento temporanei le sue funzioni vengono assunte da un altro Medico con le stesse caratteristiche professionali.

Il Medico cui è affidata la direzione:
- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno; - risponde della idoneità del personale, delle attrezzature degli impianti; - vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso; - vigila sulla gestione dei farmaci; - vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale; - garantisce la regolare presenza del personale; - è responsabile della predisposizione per ciascun paziente del Progetto Riabilitativo Individuale e della sua regolare erogazione; - è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione; - vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'équipe; - provvede all'aggiornamento delle metodiche; - rilascia certificazioni agli aventi diritto.

4.2.1.c Requisiti organizzativi **comma 1**
Deve essere disponibile il Progetto di Struttura in cui sono definite, ex ante, in particolare le caratteristiche, la mission, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

4.2.1.c Requisiti organizzativi **comma 4** e seguenti
Per ogni utente è:
- redatto il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), avendo come riferimento per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, il modello bio-psico-sociale. Nel PRI sono esplicitati: gli obiettivi, le risorse, i tempi di trattamento, le modalità di realizzazione e le modalità di verifica, con l'indicazione degli strumenti standardizzati di valutazione; - compilata la cartella clinica che deve contenere i dati relativi al paziente (anagrafici, operatori di riferimento, diagnosi, valutazione sociale), il PRI, la scheda infermieristica e quella relativa agli specifici programmi riabilitativi effettuati, i risultati degli strumenti di valutazione utilizzati, le verifiche con l'indicazione dei risultati raggiunti e la motivazione della chiusura del progetto; in cartella sono registrate le eventuali assenze dell'utente dalla struttura, con la relativa motivazione; - assicurata la presa in carico.

Deve essere presente il Progetto di Struttura.
L'organizzazione garantisce all'ospite:
- prestazioni di tipo alberghiero comprendenti alloggio, vitto rapportati alle particolari condizioni degli ospiti; - il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità e delle convinzioni religiose; - la continuità dei rapporti sociali e della vita di relazione; prestazioni infermieristiche; - prestazioni riabilitative; - consulenza e controllo dietologico; - prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare; - prestazioni di prevenzione della sindrome da immobilizzazione con riduzione al massimo del tempo trascorso a letto; - attività di animazione, attività occupazionale, ricreativa di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale di origine; le autonomie e la partecipazione familiare e sociale sono favorite utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, comprese le associazioni di volontariato; - prestazioni per la cura personale (es.: barbiere, parrucchiere, lavanderia) a richiesta degli ospiti e con oneri a carico degli stessi; - l'assistenza religiosa e spirituale favorendo la presenza di diversi assistenti religiosi a seconda della confessione degli ospiti, e la possibilità di esercitare il proprio credo in luoghi accessibili, appositamente adibiti.

Le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini, farmaceutiche e di assistenza protesica e le prestazioni odontoiatriche, sebbene non erogate dalla struttura, sono assicurate agli ospiti della stessa con le qualità e i limiti previsti dal SSR per la generalità dei cittadini ai sensi della normativa vigente, anche attraverso i servizi distrettuali delle ASL.

Qualora la struttura prenda in carico persone in età evolutiva, oltre ai trattamenti riabilitativi o socio-riabilitativi, sono erogati anche trattamenti psico-educativi e attività didattico-formative.

Tutto il personale operante nella struttura residenziale è in possesso delle necessarie qualificazioni professionali e le attività sono erogate in maniera multidisciplinare integrata; la tipologia e il debito orario variano a seconda di quanto previsto specificatamente per i diversi nuclei di seguito descritti.

La struttura predispone un regolamento interno, da consegnare agli ospiti e ai familiari di riferimento al momento dell'ingresso il quale, oltre alle norme di salvaguardia dei principi organizzativi, deve contenere:

- la dotazione del personale con le rispettive attribuzioni/compiti; - le norme igienico sanitarie; - le finalità ed i metodi riabilitativi; - l'organizzazione della vita all'interno della struttura, con particolare riguardo sia agli orari dei pasti e delle visite che alle modalità dei rapporti con la famiglia, gli amici e gli aderenti alle associazioni di volontariato; - l'indicazione delle modalità di accesso da parte degli ospiti alle prestazioni erogate dal SSR; - le modalità di raccolta dei reclami e/o dei suggerimenti per il miglioramento della qualità della struttura.

È garantita alla famiglia una adeguata informazione e partecipazione nonché specifico addestramento prima del rientro del paziente nel proprio ambiente di vita.

Il sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve consentire un rapido accesso ai dati.
Le strutture assolvono al debito informativo nei confronti della Regione attraverso l'adesione al Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa, secondo modalità e tempistica definite a livello regionale.

4.2.3.a Requisiti strutturali
Le microstrutture devono possedere i seguenti requisiti:
- **caratteristiche delle civili abitazioni** ed organizzazione interna che garantisca gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana; almeno una stanza multifunzione dedicata al personale per i colloqui, le riunioni e le specifiche attività sanitarie, per i materiali d'uso ed i dispositivi medici; – collocazione in un contesto residenziale urbano che faciliti i processi di socializzazione.

Nel caso in cui l'attività riabilitativa in microstruttura rappresenti una delle tipologie di offerta di una struttura che preveda l'erogazione di attività riabilitativa in altri regimi assistenziali la sede operativa può essere collocata all'interno della struttura di offerta di detti servizi. Nel caso in cui l'attività riabilitativa in microstruttura venga svolta in maniera esclusiva, deve essere prevista una sede operativa autonoma. La dotazione minima di ambienti della sede operativa è la seguente:

- spazio per attesa/accoglienza; - locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'équipe e per attività amministrative; - servizi igienici per utenti, di cui almeno uno attrezzato per la disabilità ; - servizi igienici per il personale Qualora siano prodotti rifiuti speciali deve essere presente apposito contenitore.

4.2.3.b Requisiti tecnologici
Devono essere disponibili e accessibili:
- per la gestione delle emergenze/urgenze attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e la rianimazione cardiopolmonare [pallone AMBU (Assistant Manual Breathing Unit), maschere facciali e orofaringee], sfigmomanometro, fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe, materiale per medicazione e farmaci di pronto intervento previsti dalla normativa vigente; - attrezzature, dispositivi e strumenti standardizzati per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa; - presidi e attrezzature atte allo svolgimento di trattamenti da parte del personale sanitario addetto alla riabilitazione

4.2.3.c Requisiti organizzativi
Per i requisiti organizzativi delle microstrutture si rimanda ai punti: 4.2.1.3.a (nucleo residenziale socio-riabilitativo di mantenimento); 4.2.2.2.a (nucleo semiresidenziale socio-riabilitativo di mantenimento)

4.2.1.3.a Requisiti organizzativi
I requisiti organizzativi previsti al punto **4.2.1.c** sono integrati dai seguenti:

E' garantita la presenza di: - Medico responsabile, specialista in riabilitazione come inteso nel Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, GU 2.3.2011, SG n. 50), - medici specialisti, correlati alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata, - infermieri, - professionisti sanitari della riabilitazione, - psicologi, - assistenti sociali, - operatori socio-sanitari dedicati all'assistenza.

Lo standard minimo sotto riportato, è riferito all'attività assistenziale per 20 posti letto.

	Alto Carico assistenziale		Basso carico assistenziale	
Figura professionale	Ore settimana	Personale minimo	Ore settimana	Personale minimo
Medico	38	1	32	0,84
Infermiere	216	6	180	5
Psicologo/Assistente sociale	6	0,1	3	0,08
Professionista sanitario della riabilitazione	96	2,67	72	2
Operatore socio-sanitario	216	6	192	5,33

Nelle ore di assistenza medica settimanale sopra indicata è compresa anche l'attività del responsabile Medico che, per 20 pazienti, non può essere inferiore, a 18 ore settimanali […]

I professionisti sanitari della riabilitazione (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapista occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) e gli infermieri possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia della disabilità prevalentemente trattata. Al fine di garantire una adeguata organizzazione del lavoro, deve essere individuato un coordinatore delle attività.

Il debito orario dello Psicologo e dell'Assistente sociale è rapportato in maniera congrua alle specifiche necessità dell'utenza, fermo restando il numero di ore settimanali complessive indicate.

In caso siano ospitati minori, le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'età evolutiva ed è indispensabile il Medico specialista in neuropsichiatria infantile.

L'organizzazione del nucleo deve garantire all'ospite anche:
- un ambiente il più possibile simile alla comunità di provenienza per orari e ritmi di vita, nonché la personalizzazione del proprio spazio residenziale; - la socializzazione, anche con l'apporto del volontariato e di altri organismi esterni, utilizzando anche le risorse del contesto territoriale in cui è ubicata la struttura, al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile dell'ospite; - la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al progetto ovvero delle persone che, al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengano con l'ospite relazioni di carattere affettivo.

Casa famiglia ai sensi della DGR Lazio 1305/04

http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_delibere/271237.pdf
II.B.1 CASA FAMIGLIA PER ADULTI CON DISABILITA'.
I.B.1.1 Definizione
Secondo quanto disposto dall'articolo 5 comma 1 lettera a), ed in particolare dall'articolo 7 comma 1 lettera a) della l.r. 41/2003, le Case Famiglia per adulti con disabilità sono strutture a ciclo residenziale organizzate sul modello familiare, destinate ad accogliere utenti con disabilità, di cui alla Legge n. 104/1992, anche di sesso diverso, per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia permanentemente o temporaneamente impossibile o contrastante con il piano personalizzato.

Esse offrono un ambiente protetto, che rispetti le esigenze di ogni utente, supporti e favorisca sia iniziative di tipo autonomo che attività comuni e garantiscono agli ospiti un'esperienza di vita simile a quella esistente in ambito familiare, affettivamente ricca e in grado di consentire legami duraturi e validi.

Le Case Famiglia assicurano il soddisfacimento dei bisogni primari ed assistenziali delle persone con disabilità, nonché interventi di mantenimento e/o di sviluppo di specifiche abilità individuali, finalizzati allo svolgimento autonomo delle basilari attività della vita quotidiana.

Nell'ambito del piano personalizzato di assistenza predisposto per ogni ospite le Case Famiglia avviano azioni atte a garantirne l'inclusione sociale e promuovono la fruizione di tutti i servizi presenti nel territorio, sopperendo alle difficoltà che l'ospite incontrerebbe nel provvedervi con la sola propria iniziativa.

Agli ospiti delle case famiglie sono inoltre garantite prestazioni di carattere **socio-sanitario** assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio, secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

II.B.1.2 Ricettività
Le Case Famiglia, secondo quanto disposto dall'articolo 7 comma 1, lettera a) della l.r. 41/2003, sono strutture di tipo familiare e, per effetto dell'articolo 5 comma 3 della stessa legge, hanno una capacità ricettiva fino ad otto ospiti con disabilità, preferibilmente di sesso diverso. L'accoglienza dell'utente tiene conto della compatibilità delle sue esigenze assistenziali con quelle degli altri conviventi, in considerazione dell'organizzazione e della gestione di tipo familiare della struttura.

II.B.1.3 Articolazione della struttura
Le Case Famiglia sono strutture residenziali inserite in normali edifici di uso abitativo, o anche in strutture singole, e sono caratterizzate, sul piano strutturale, dai criteri propri della civile abitazione, ivi comprese le cucine.

Sono dotate di spazi che si configurano come spazi di quotidianità: le dimensioni e le caratteristiche degli ambienti pertanto ripropongono caratteristiche tipologiche e di suddivisione degli spazi propri di un comune appartamento, con zona notte, zona giorno, servizi igienici, cucina ed eventuali locali di servizio.

La zona pranzo-soggiorno permette lo svolgimento di attività collettive ed individuali, in coerenza con le esigenze degli ospiti presenti.

La cucina è in possesso dei requisiti previsti per le strutture di civile abitazione dalla normativa vigente in materia igienico-sanitaria.

Sono previsti **almeno due servizi igienici, uno dei quali attrezzato per la disabilità.**

II.A.3.5 Figure professionali

Per effetto dell'articolo 11 comma 1 lettera d) ed e) della l.r. 41/2003 nelle strutture per adulti con disabilità è prevista la presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia del servizio prestato ed alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata, nonché la presenza di un coordinatore responsabile della struttura e del servizio.

Ogni figura professionale è responsabile dell'attuazione del piano personalizzato di assistenza di ogni ospite della struttura, secondo le proprie competenze, e lavora e si relaziona all'interno della struttura ed all'esterno in un'ottica di collaborazione multidisciplinare.

Ogni struttura inoltre garantisce l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi in relazione al personale dipendente, come previsto dall'articolo 11 comma 1 della legge.

Le figure professionali impegnate nelle strutture per adulti con disabilità sono:
- Responsabile: in base all'articolo 11 comma 1 lettera e) è il coordinatore che ha la responsabilità sia della struttura che del servizio prestato. In particolare, è il responsabile della programmazione, dell'organizzazione e della gestione di tutte le attività che si svolgono all'interno della struttura, nonché del loro coordinamento con i servizi territoriali, della gestione del personale, ed effettua le verifiche ed i controlli sui programmi attuati, nel rispetto degli indirizzi fissati da leggi, regolamenti e delibere, regionali e comunali.

Egli assicura la presenza per un tempo adeguato alle necessità della comunità e garantisce la reperibilità anche nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Il ruolo del responsabile è ricoperto da:
a) laureati di secondo livello in ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie;

b) laureati di primo livello in ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogicoeducative, psicologiche o sanitarie, con esperienza biennale nel settore documentata;
c) diplomati di scuola secondaria superiore, con documentata esperienza nel ruolo specifico di responsabile di struttura o servizio socioassistenziale o sociosanitario per disabili di almeno cinque anni.

Il ruolo del responsabile può essere ricoperto anche da un operatore in servizio presso la struttura in possesso dei titoli indicati precedentemente.

- Operatore socio-sanitario: è la figura professionale, formata ai sensi della vigente normativa, che assiste l'ospite nelle sue esigenze quotidiane, fornendo aiuto sostanziale di tipo domestico, di cura nell'igiene personale e nelle attività di tempo libero, nonché aiuto per la corretta assunzione dei farmaci prescritti, per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso e nella preparazione alle prestazioni sanitarie.

Vive la quotidianità con gli ospiti della struttura e gestisce insieme a loro, per quanto questi ultimi possano contribuire, anche gli aspetti materiali della vita familiare.

Gli operatori socio-sanitari sono adeguati nel numero alle necessità degli ospiti in base al loro piano personalizzato di assistenza, e secondo le indicazioni preventivamente espresse dall'ASL.

Tale personale varia pertanto nel numero in relazione alle esigenze degli ospiti presenti.
La funzione di O.S.S. può essere svolta da:
a) **infermieri**
b) assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
c) operatori socioassistenziali (OSA);
d) operatori tecnici ausiliari (OTA);
e) assistenti familiari;
f) persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti;

g) persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale come operatori in strutture e servizi socioassistenziali per disabili.

Nell'ambito dell'attuazione del piano personalizzato di assistenza, le prestazioni sociali sono assicurate dal seguente personale, con presenza programmata:

- Educatore professionale: è la figura professionale, formata ai sensi della vigente normativa, che dà concreta attuazione alla realizzazione degli obiettivi previsti nel piano personalizzato di assistenza. In particolare, nell'ambito della programmazione generale, progetta e mette in atto le attività finalizzate al mantenimento e al miglioramento delle abilità e capacità fisiche, cognitive e relazionali degli ospiti, nonché all'integrazione sociale, in stretto rapporto con l'assistente sociale. Svolge una funzione di supplenza dell'organizzazione familiare e promuove momenti di interazione con l'ambiente di riferimento, familiare e di relazione dell'utente, nonché con la rete dei servizi del territorio.

La funzione di educatore professionale è svolta da educatori professionali formati nell'ambito delle classi di laurea per le professioni sociali e delle classi di laurea delle professioni sanitarie della riabilitazione e titoli equipollenti. Le funzioni educative possono essere svolte anche da persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale in strutture e servizi socioassistenziali per disabili.

- Assistente sociale: è la figura professionale, formata ai sensi della vigente normativa, che assiste gli ospiti con interventi di natura socio-assistenziale, volti anche alla soluzione di problemi che si evidenziano o nascono in concomitanza con l'ingresso nella struttura e favorisce il migliore utilizzo delle risorse presenti nella struttura e sul territorio; cura in particolare i rapporti con la famiglia d'origine e con l'ambiente di provenienza al fine di prevenire l'emarginazione del disabile, collabora e promuove l'attività sociale degli ospiti in relazione ai singoli piani personalizzati di assistenza.

Qualora diverse funzioni facciano capo ad una sola persona è indispensabile che, comunque, queste vengano svolte tutte con completezza e dimostrata professionalità.

Il responsabile e gli operatori della struttura, non devono essere stati condannati con sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero avere procedimenti penali in corso per reati di cui al titolo IX (Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume), al capo IV del titolo XI (Dei delitti contro la famiglia) e al capo I e alle sezioni I, II e III del capo III del titolo XII (Dei delitti contro la persona) del Libro secondo del codice penale. Gli operatori devono altresì possedere idoneità psicofisica per le mansioni da svolgere, attestata da idonea certificazione sanitaria.

II.B.1.4 Prestazioni

Nelle Case Famiglia l'attività della giornata è organizzata sul modello familiare, con una costante attenzione alle esigenze di ogni componente della piccola comunità e sopperendo alle difficoltà che incontrerebbe nel provvedervi con la sola propria iniziativa, in modo tale da soddisfare i suoi bisogni e promuovere una sempre migliore qualità della vita.

In particolare nelle Case Famiglia sono garantiti i seguenti servizi e prestazioni: - assistenza tutelare notturna e diurna, - alloggio, vitto, cura dell'igiene personale e ambientale, - interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali che favoriscano l'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane, - prestazioni sanitarie, assimilabili all'assistenza domiciliare integrata, concordate e programmate con i servizi territoriali, in relazione alle specifiche esigenze, nonché la pronta reperibilità in relazione alle urgenze sanitarie.

Nell'ambito degli obiettivi definiti nel piano personalizzato, viene messa in atto ogni forma possibile di azione che garantisca agli ospiti la partecipazione alla vita relazionale, sociale, culturale, formativa, lavorativa e ricreativa al fine di promuovere una effettiva inclusione sociale.

Il funzionamento della struttura è per l'intero arco dell'anno.

II.B.1.5 Personale

Per effetto dell'articolo 11 comma 1 lettera d) ed e) della suddetta legge, [lr 41/03] nella casa famiglia è prevista la figura del Responsabile che assicura la sua presenza in base alle esigenze della struttura e la presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia del servizio prestato ed alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata.

In particolare, gli operatori socio-sanitari sono adeguati nel numero alle necessità degli ospiti, come previsto nel piano personalizzato di assistenza sociale, e comunque in numero non inferiore ad un operatore ogni quattro ospiti nelle ore diurne.

Sono presenti inoltre un educatore professionale ed un assistente sociale, con presenza programmata e finalizzata al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel piano personalizzato di assistenza.

Durante le ore notturne è sufficiente la presenza di un operatore. In caso di presenza di persone con disabilità grave e/o con patologie complesse, in aggiunta al personale previsto è assicurata la presenza di ulteriore personale sulla base delle esigenze assistenziali definite dal piano individuale di assistenza.

Comunità Alloggio ai sensi della DGR 1305/04

http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_delibere/271237.pdf

II.B.2 COMUNITA' ALLOGGIO PER ADULTI CON DISABILITA'.

II.B.2.1 **Definizione**

Secondo quanto disposto dalla l. r. 41/2003 all'articolo 7 comma 1 lettera b), con riferimento all'articolo 5 comma 1 lettera b), le comunità alloggio per adulti con disabilità sono strutture a ciclo residenziale organizzate in modo flessibile come comunità destinate ad accogliere **da sette ad un massimo di venti utenti** anche di sesso diverso, caratterizzati da esigenze assistenziali compatibili in relazione agli obiettivi contenuti nei piani personalizzati individuali.

La comunità alloggio **è organizzata in più gruppi di convivenza**, che sono allo stesso tempo di stimolo e di contenimento alle esigenze di accoglienza e di inclusione sociale degli ospiti, attraverso l'appartenenza ad una comunità significativa dal punto di vista affettivo, cognitivo e relazionale. La gestione della comunità e l'organizzazione delle attività si basano sulla partecipazione attiva degli ospiti alla vita comunitaria e sul loro coinvolgimento nel lavoro di gruppo.

I servizi e le prestazioni offerte dalle comunità alloggio hanno la finalità di favorire una sempre migliore qualità della vita attraverso interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali che consentano lo svolgimento autonomo delle basilari attività della vita quotidiana e promuovano la partecipazione alla realtà sociale, culturale, formativa, lavorativa e ricreativa dell'ambiente di riferimento.

Nell'ambito di quanto già detto a proposito della tipologia e della finalità delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali, le comunità alloggio assicurano in particolare prestazioni alberghiere e curano lo svolgimento di attività di gruppo, quali i laboratori formativi e le attività ricreative, al fine di promuovere ogni forma possibile di inclusione sociale, nell'ambito del piano personalizzato di assistenza predisposto per ogni ospite.

Agli ospiti delle comunità alloggio sono inoltre garantite le prestazioni di carattere **socio-sanitario** assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio, secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

II.B.2.2 **Ricettività**

Secondo quanto disposto dall'articolo 7 comma 1 **lettera b)** della l.r. 41/2003, le comunità alloggio, in quanto strutture di tipo comunitario, **ospitano un massimo di venti adulti con disabilità**, di sesso diverso, organizzati **in più gruppi, ognuno dei quali al massimo di dieci persone**, per i quali non sia possibile il mantenimento nel proprio ambito familiare e sociale, temporaneamente o definitivamente, ovvero per coloro i quali tale permanenza sia contrastante con il proprio piano personalizzato, o che scelgano autonomamente tale tipo di residenza.

La formazione dei gruppi, come numero e composizione, è funzionale alle esigenze assistenziali di ogni ospite. Ove possibile occorre privilegiare il formarsi di un ambiente misto, femminile e maschile.

II.B.2.3 Articolazione della struttura

Per effetto dell'articolo 11 comma 1, lettera c) della legge citata, le comunità alloggio sono caratterizzate, sul piano strutturale, **dai criteri propri della civile abitazione**, e sono dotate di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto in modo da garantire la privacy.

Per le finalità proprie delle comunità alloggio, gli spazi si configurano come spazi di quotidianità, con zona notte, zona giorno, servizi igienici, una cucina comune, e locali di servizio, e sono organizzati in modo da favorire lo svolgimento delle attività quotidiane e i momenti di incontro, di socializzazione e di riabilitazione sociale.

La zona pranzo-soggiorno è articolata in modo da permettere l'attuazione delle prestazioni previste nei piani personalizzati ed ha spazi sufficienti ad accogliere gli utenti. Se è prevista un'unica zona pranzo per tutti i moduli dei quali è composta la comunità, essa comunque garantisce la massima fruibilità e prevede una superficie minima di mq. 2,5 per utente.

Ogni struttura ha una cucina, anche qualora sia prevista la possibilità che i pasti vengano portati dall'esterno. La cucina è sufficientemente ampia per consentirne l'uso a più persone, anche su sedie ruote, e risponde, in quanto all'adozione di materiali costruttivi, di arredo e degli impianti usati, ai criteri igienici previsti dalla normativa vigente riguardante i luoghi dove avviene la preparazione e la somministrazione dei pasti e delle bevande, al fine di assicurare che le sostanze manipolate siano idonee sotto il profilo igienico sanitario.

In ogni struttura è previsto un servizio igienico ogni 4 ospiti, anche ad uso degli operatori e per ogni gruppo di convivenza almeno un servizio attrezzato per consentirne l'uso ad utenti con disabilità.

E' prevista anche una linea telefonica a disposizione degli utenti.

II.B.2.4 Prestazioni

Nelle comunità alloggio è assicurata la fruizione di tutti i servizi presenti nel territorio, sopperendo alle difficoltà che l'ospite incontrerebbe, ed inoltre sono offerti i seguenti servizi e prestazioni:

- alloggio, vitto, assistenza tutelare notturna e diurna, cura dell'igiene personale e ambientale - interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali che favoriscano l'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane - azioni finalizzate all'acquisizione ed al mantenimento delle abilità fisiche, cognitive e relazionali e dell'autonomia personale - azioni formative e/o ricreative, di gruppo ed individuali, tendenti a promuovere forme di inclusione sociale - prestazioni sanitarie concordate e programmate con i servizi territoriali, in relazione alle specifiche esigenze.

L'attività è svolta in piccoli gruppi di utenti che perseguono gli obiettivi individuati nel piano personalizzato, anche attraverso l'interazione reciproca e con il supporto degli operatori.

Il funzionamento della struttura è per l'intero arco dell'anno, compresa l'assistenza tutelare diurna e notturna.

II.B.2.5 Personale

Nelle comunità alloggio le figure professionali definite dal presente documento, secondo quanto previsto dall'articolo 11 comma 1 lettera d) ed e), della lr 41/03 garantiscono le prestazioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel piano personalizzato di ogni singolo ospite, nell'ambito delle finalità previste dal progetto globale della struttura.
E' prevista la figura del responsabile e sono presenti un educatore professionale in ogni modulo ed un assistente sociale con presenza programmata.

Come definito nei piani personalizzati di assistenza sono presenti ad ogni turno di lavoro gli operatori socio-sanitari adeguati nel numero alle necessità degli ospiti, e comunque in numero non inferiore ad un operatore ogni cinque ospiti.

Secondo l'organizzazione della struttura, è previsto il personale addetto ai servizi generali (pulizia, cucina, portineria, stireria, lavanderia, manutenzione ecc.).

Durante le ore notturne è sufficiente la presenza di un operatore ogni dieci ospiti. In caso di presenza di persone con disabilità grave e/o con patologie complesse, in aggiunta al personale previsto è assicurata la presenza di ulteriore personale sulla base delle esigenze assistenziali definite dal piano individuale di assistenza.

Ipotesi di casa famiglia sociosanitaria

(Compartecipazione alla spesa e alla responsabilità: 60% sociale e 40% sanitaria)
Nota: quella che segue è solo una prima bozza di ipotesi, auspicata, di come potrebbe essere una struttura, a tutt'oggi inesistente nella Regione Lazio, di tipo SocioSanitario.

Definizione

Le case famiglia sociosanitarie accolgono persone con disabilità di cui alla Legge n. 104/1992, che non possono vivere in modo autonomo caratterizzate da esigenze assistenziali compatibili in relazione agli obiettivi contenuti nei piani personalizzati individuali. Sono persone che non necessitano di assistenza sanitaria di tipo continuativo in strutture specializzate, ma che hanno bisogno di prestazioni sanitarie che ciascuna persone riceve ordinariamente presso il proprio domicilio (somministrazione di farmaci, cateterismo, peg, etc). Accolgono anche persone con disabilità complesse, anche non autosufficienti, ma che non non necessitano di assistenza sanitaria e presenza infermieristica per l'intero arco della giornata.

Ricettività

Le case famiglia ospitano persone con disabilità in moduli abitativi con un massimo di 8 persone ciascuno.
Si tratta di persone per le quali non sia possibile il mantenimento nel proprio ambito familiare e sociale, temporaneamente o definitivamente, ovvero per coloro i quali tale permanenza sia contrastante con il proprio piano personalizzato, o che scelgano autonomamente tale tipo di residenza.

Requisiti strutturali

Le case famiglia sociosanitarie devono possedere i seguenti requisiti:
- caratteristiche delle civili abitazioni ivi comprese le cucine. La cucina è in possesso dei requisiti previsti per le strutture di civile abitazione dalla normativa vigente in materia igienico-sanitaria. La organizzazione interna degli spazi garantisce i ritmi della normale vita quotidiana. È opportuna la collocazione in un contesto residenziale urbano che faciliti i processi di socializzazione. Sono previsti almeno due servizi igienici per ogni modulo, anche ad uso degli operatori, e se sono presenti in struttura persone con la sedia a ruote o comunque con difficoltà di movimento, almeno uno dei servizi igienici sarà attrezzato per la disabilità.

Figure professionali

Nelle case sociosanitarie per adulti con disabilità è prevista la presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia del servizio prestato ed alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata, nonché la presenza di un coordinatore Responsabile della struttura e del servizio.

Ogni figura professionale è responsabile dell'attuazione del piano personalizzato di assistenza di ogni ospite della struttura, secondo le proprie competenze, e lavora e si relaziona all'interno della struttura ed all'esterno in un'ottica di collaborazione multidisciplinare.

Ogni struttura inoltre garantisce l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi in relazione al personale dipendente,

Le figure professionali impegnate nelle case sociosanitarie per adulti con disabilità sono:
- Responsabile: è il coordinatore che ha la responsabilità sia della struttura che del servizio prestato. In particolare, è il responsabile della programmazione, dell'organizzazione e della gestione di tutte le attività che si svolgono all'interno della struttura, nonché del loro coordinamento con i servizi territoriali, della gestione del personale, ed effettua le verifiche ed i controlli sui programmi attuati, nel rispetto degli indirizzi fissati da leggi, regolamenti e delibere, regionali e comunali.

Si coordina con il Medico per la parte sanitaria di competenza di quest'ultimo.
Egli assicura la presenza per un tempo adeguato alle necessità della comunità
È garantita sempre la reperibilità anche nelle ore notturne e nei giorni festivi di un operatore della casa famiglia che non sia in turno, per sopperire ad eventuali emergenze. Il responsabile è reperibile telefonicamente anche al di fuori del suo orario di lavoro per conclamate emergenze.

Il ruolo del responsabile è ricoperto da:
a) laureati di secondo livello in ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico-educative, psicologiche o sanitarie;

b) laureati di primo livello in ambiti disciplinari afferenti alle aree sociali, pedagogico educative, psicologiche o sanitarie, con esperienza biennale nel settore documentata;

c) diplomati di scuola secondaria superiore, con documentata esperienza di almeno cinque anni nel ruolo specifico di responsabile di struttura o servizio socioassistenziale o sociosanitario per disabili;

Il ruolo del responsabile può essere ricoperto anche da un operatore in servizio presso la struttura in possesso dei titoli indicati precedentemente.

- Operatore socio-sanitario: è la figura professionale, formata ai sensi della vigente normativa, che assiste l'ospite nelle sue esigenze quotidiane, fornendo aiuto sostanziale di tipo domestico, di cura nell'igiene personale e nelle attività di tempo libero, nonché aiuto per la corretta assunzione dei farmaci prescritti, per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso e nella preparazione alle prestazioni sanitarie. Vive la quotidianità con gli ospiti della struttura e gestisce insieme a loro, per quanto questi ultimi possano contribuire, anche gli aspetti materiali della vita familiare.

Gli operatori socio-sanitari sono adeguati nel numero alle necessità degli ospiti in base al loro piano personalizzato di assistenza, e secondo le indicazioni preventivamente espresse dall'ASL.

Tale personale varia pertanto nel numero in relazione alle esigenze degli ospiti presenti.
La funzione di O.S.S. può essere svolta da:
a) infermieri
b) assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
c) operatori socioassistenziali (OSA);
d) operatori tecnici ausiliari (OTA);
e) assistenti familiari;
f) persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti;

g) persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale come operatori in strutture e servizi socioassistenziali per disabili.

Nell'ambito dell'attuazione del piano personalizzato di assistenza, le prestazioni sociali sono assicurate dal seguente personale, con presenza programmata:

- Educatore professionale: è la figura professionale, formata ai sensi della vigente normativa, che dà concreta attuazione alla realizzazione degli obiettivi previsti nel piano personalizzato di assistenza. In particolare, nell'ambito della programmazione generale, progetta e mette in atto le attività finalizzate al mantenimento e al miglioramento delle abilità e capacità fisiche, cognitive e relazionali degli ospiti, nonché all'integrazione sociale, in stretto rapporto con l'assistente sociale. Svolge una funzione di supplenza dell'organizzazione familiare e promuove momenti di interazione con l'ambiente di riferimento, familiare e di relazione dell'utente, nonché con la rete dei servizi del territorio.

La funzione di educatore professionale è svolta da personale formato nell'ambito delle classi di laurea per le professioni sociali e delle classi di laurea delle professioni sanitarie della riabilitazione e titoli equipollenti. Le funzioni educative possono essere svolte anche da persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale in strutture e servizi socioassistenziali per disabili.

- Assistente sociale: è la figura professionale, formata ai sensi della vigente normativa, che assiste gli ospiti con interventi di natura socio-assistenziale, volti anche alla soluzione di problemi che si evidenziano o nascono in concomitanza con l'ingresso nella struttura e favorisce il migliore utilizzo delle risorse presenti nella struttura e sul territorio; cura in particolare i rapporti con la famiglia d'origine e con l'ambiente di provenienza al fine di prevenire l'emarginazione del disabile, collabora e promuove l'attività sociale degli ospiti in relazione ai singoli piani personalizzati di assistenza.

Qualora diverse funzioni facciano capo ad una sola persona è indispensabile che, comunque, queste vengano svolte tutte con completezza e dimostrata professionalità.

Il responsabile e gli operatori della struttura, non devono essere stati condannati con sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero avere procedimenti penali in corso per reati di cui al titolo IX (Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume), al capo IV del titolo XI (Dei delitti contro la famiglia) e al capo I e alle sezioni I, II e III del capo III del titolo XII (Dei delitti contro la persona) del Libro secondo del codice penale. Gli operatori devono altresì possedere idoneità psicofisica per le mansioni da svolgere, attestata da idonea certificazione sanitaria.

Prestazioni
Nelle case sociosanitarie l'attività della giornata è organizzata sul modello familiare, con una costante attenzione alle esigenze di ogni componente della piccola comunità e sopperendo alle difficoltà che incontrerebbe nel provvedervi con la sola propria iniziativa, in modo tale da soddisfare i suoi bisogni e promuovere una sempre migliore qualità della vita.

È inoltre assicurata la fruizione di tutti i servizi presenti nel territorio, sopperendo alle difficoltà che l'ospite incontrerebbe.

In particolare nelle Case Famiglia sono garantiti i seguenti servizi e prestazioni: - assistenza tutelare notturna e diurna, - alloggio, vitto, cura dell'igiene personale e ambientale, - interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali che favoriscano l'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane, - prestazioni sanitarie, assimilabili all'assistenza domiciliare integrata, concordate e programmate con i servizi territoriali, in relazione alle specifiche esigenze, nonché la pronta reperibilità in relazione alle urgenze sanitarie.

Nell'ambito degli obiettivi definiti nel piano personalizzato, viene messa in atto ogni forma possibile di azione che garantisca agli ospiti la partecipazione alla vita relazionale, sociale, culturale, formativa, lavorativa e ricreativa al fine di promuovere una effettiva inclusione sociale.

Il funzionamento della struttura è per l'intero arco dell'anno.

Personale
Come definito nei piani personalizzati di assistenza sono presenti ad ogni turno di lavoro gli operatori socio-sanitari adeguati nel numero alle necessità degli ospiti, e comunque in numero non inferiore ad un operatore ogni tre ospiti, nel caso di persone con disabilità meno complessa, mentre In caso di persone con disabilità complessa, così come certificato ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della L 104/1992, sarà prevista la presenza di almeno un operatore ogni due persone con disabilità in ogni turno diurno.

Responsabile dell'area sanitaria è un Medico. Egli svolge la funzione di congiunzione tra il Medico di base, i servizi ospedalieri complessi che seguono la persona per la sua patologia e i servizi infermieristici della ASL competente. Responsabile del progetto individuale socio-educativo e dell'andamento globale della casa è invece il coordinatore che ha la responsabilità sia della struttura che del servizio prestato. In particolare, è il responsabile della programmazione, dell'organizzazione e della gestione di tutte le attività che si svolgono all'interno della struttura, nonché del loro coordinamento con i servizi territoriali, della gestione del personale, ed effettua le verifiche ed i controlli sui programmi attuati, nel rispetto degli indirizzi fissati da leggi, regolamenti e delibere, regionali e comunali.

Casa al Plurale

i costi

Introduzione alla sezione "costi"

Nelle pagine che seguono sono esaminati nel dettaglio i costi di funzionamento di alcune strutture residenziali ed abbiamo riportato i costi relativi a varie Case Famiglia di diversa tipologia. Per pervenire ad una corretta e completa determinazione dei costi complessivi di ogni Casa abbiamo preso in esame le seguenti voci:
-costo del personale addetto in via continuativa alla gestione della Casa
-costo delle figure professionali di supporto
-costi alberghieri (vitto, pulizia, smaltimento rifiuti)
-costi di struttura (affitto, manutenzione, utenze)
-costi generali/amministrativi
-oneri Ente Gestore.

in questa nuova versione i costi, oltre ad essere aggiornati all'indice istat, sono anche riparametrati al **nuovo CCNL delle cooperative sociali, che ha previsto un incremento del costo del lavoro del 10%** rispetto al precendente.

Da pagina 61 a pagina 74 si trova una minuziosa spiegazione dei costi di una Casa Famiglia per otto persone con disabilità. Si vuole qui spiegare in modo molto approfondito come sono stati effettuati i calcoli e si intende altresì facilitare la lettura anche dei fogli successivi. Le note esplicative di pagina 104 e seguenti dovrebbero consentire una comprensione agevole anche degli altri riquadri e delle tabelle che sono riportate in questa sezione.

Nelle pagine 75, 76, 77 e 78 vengono descritte le caratteristiche di un Gruppo Appartamento creato in base alla normativa dettata dalla Legge 112/2016 per il "dopo di noi" e se ne ipotizzano i costi.

Nelle pagine 79, 80, 81 e 82 viene illustrata una struttura sociosanitaria che è una nuova tipologia di residenza per persone con disabilità, che è allo studio e che prevede una compartecipazione delle figure sanitarie e sociali con una ripartizione dei relativi costi. Vengono calcolate le rette necessarie per le diverse intensità assistenziali.

Nelle pagine da 83 a 89 si trova una breve descrizione delle case famiglia per minori e il calcolo del costo delle Case famiglia per sei bambini e per otto adolescenti e si perviene alle rette che sarebbero necessarie per la loro gestione in base alla loro diversa tipologia.

A pagina 90 si trova il riepilogo dei costi annuali per ciascuna tipologia di struttura esaminata.

Nelle pagine 91, 92 e 93 viene riportata l'incidenza individuale dei costi variabili (alberghieri, struttura e generali), cui segue uno stralcio della Determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017) cui abbiamo fatto riferimento nel nostro calcolo dei costi delle Case.

Nelle pagine da 94 a 101 si trovano varie tabelle, con il costo previsto dal contratto Collettivo Nazionale delle cooperative sociali, per l'anno 2013 e per l'anno 2019, con il dettaglio dei tre incrementi previsti nei vari mesi del 2019 e 2020.

Nelle pagine 102 e 103 sono riportate le tabelle Istat da cui emerge l'aumento del costo della vita negli anni.

Nelle pagine 104, 105, 106 e 107 sono riportate le note esplicative e di approfondimento che si riferiscono a tutti i riquadri ed a tutte le tabelle riportate in questo studio e ne spiegano il criterio di calcolo. A margine di ogni riquadro nelle tabelle infatti si trovano dei numeri che rimandano alle note esplicative.

Nelle pagine 108 e seguenti infine si trova una appendice con ulteriori spiegazioni ad uso di coloro che volessero approfondire ulteriormente il modo con cui sono stati effettuati i calcoli più complessi.

Casa famiglia per persone con disabilità

La Casa accoglie fino a 8 persone con disabilità. Riguardo alle figure professionali in questa tipologia di servizio sono presenti, oltre all'Assistente sociale a presenza programmata, l'Educatore professionale (che nel nostro studio coincide col Responsabile, come la legge ammette) e almeno due Operatori Socio Sanitari per ciascun turno, in numero sufficiente alle esigenze di assistenza e cura delle persone accolte. Abbiamo ipotizzato una ricettività di 8 persone, per poter abbassare le rette necessarie al funzionamento, sebbene attualmente molte case siano solo per sei persone, garantendo così una accoglienza migliore.

Oltre al personale per i servizi generali (pulizie, cucina etc.) l'equipe vede il coinvolgimento di 8 persone che ruotano nei vari turni, oltre all'Assistente sociale e un Responsabile (Educatore Professionale).
È stata considerata una presenza media di persone con disabilità in struttura pari all'89%.

Le rette attualmente erogate per le persone con disabilità complessa sono pari a € 148.33 al giorno a persona ospite, IVA compresa.

Le rette attualmente erogate per le persone con lieve e media disabilità sono pari a € 108.16 al giorno a persona ospite, IVA compresa.

Spiegazione dettagliata del "Calcolo dei costi per una casa per otto persone con disabilità"

Il primo riquadro è diviso in otto colonne: descrizione (ore diurne O.S.S.), orario di inizio (6:00), di fine (22:00), ore di lavoro necessarie per ogni singolo operatore (16), numero di operatori con 8 ospiti (2), totale ore da retribuire al giorno (32), che moltiplicate per 365 giorni in un anno dà il numero totale di ore annue per il turno diurno (11'680). Nell'ultima colonna infine si trova il riferimento alla nota esplicativa (la nota n. 1 nel nostro caso).

	da	a	ore	operatori con 8 ospiti	ore giornaliere	ore anno	note
ore diurne O.S.S.	6:00	22:00	16 h.	2	32 h.	**11'680.00 h.**	**1**
ore notte O.S.S.	22:00	6:00	8 h.	1	8 h.	**2'920.00 h.**	**1**

Per conoscere il numero di lavoratori necessari, bisognerà dividere il totale di ore annue (11680+2920) per il numero di ore lavorative annue di un lavoratore a full-time. Questo numero è frutto di un calcolo del Ministero del Lavoro, ed è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale. (cfr. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 243 del 16-10-2013). Nel caso del CCNL delle cooperative sociali il numero di ore lavorate effettivamente in un anno per ciascun lavoratore full time è pari a 1548.

A questo numero bisognerà aggiungere le ore di riunione e le ore di formazione (30 ore anno a lavoratore, obbligatorie nella Regione Lazio e indispensabili per il buon andamento di una struttura).

Il divisore diventa quindi, come meglio spiegato nella tabella sottostante, 1462.53. la divisione da fare è quindi: 14600/1462.53 che dà come risultato 9.98. Servono quindi dieci lavoratori retribuiti a full time.

calcolo ore lavorate					
calcolo ore in turno			**calcolo ore di riunione**		
	ore anno			**numero lav.**	**2**
Ore contrattuali	1976		Operatori	10.00	
Ferie	165		In turno	2.00	
Festività e festività soppresse	108		Smonto	1.00	
Assemblee sindacali	12		In ferie	0.84	
Malattia, gravidanza, infortunio	120		Malattia	0.61	
Diritto allo studio	3		Partecipanti:	5.33	**3**
Formazione professionale	8		N. riunioni anno	52.00	**4**
Formazione, permessi R.L.S.(	12		Durata riunione ore	2.00	
Formazione	30		Ore anno riunione	554.65	
Riunioni èquipe	*55.47*		Ore riun, a lav. (ore anno/n. operatori: 554.65/10.00)	***55.47***	
Ore mediamente lavorate	**1'462.53**				**5**

Nella tabella qui sopra è riepilogato il calcolo delle ore effettivamente lavorate da ciascun operatore. Di seguito la spiegazione delle singole voci.

Ore contrattuali. Sono le ore previste nel CCNL delle cooperative sociali. Sono pari a 38 ore a settimana per 52 settimane. Ovvero 1976.

Ferie. Le ferie corrispondono a un mese l'anno (1976/12)

Festività e festività soppresse, anche esse sono previste dal contratto: Capodanno, Epifania, Lunedì dell'Angelo, Festa della Liberazione, Festa del lavoro, Festa della Repubblica Italiana, Ferragosto, Tutti i Santi, Immacolata Concezione, Natale, Santo Stefano e la festa del Santo Patrono. A queste si aggiungono le festività soppresse, un tempo festeggiate nelle giornate: 19 marzo (San Giuseppe), 30 maggio (Ascensione), 20 giugno (Corpus Domini), 4 novembre (Unità Nazionale). e, tranne per il Comune di Roma (che festeggia il Santo Patrono), 29 giugno (Santi Pietro e Paolo).

Assemblee Sindacali l'Art. 20 del CCNL recita: *Le lavoratrici e i lavoratori hanno diritto di riunirsi fuori dell'orario di lavoro nonché durante lo stesso nei limiti di 12 ore annue per le quali verrà corrisposta la normale retribuzione* .

Malattia, gravidanza, infortunio. L' Articolo 2110 Codice civile rimanda alla contrattazione collettiva la determinazione di tale numero. Per le cooperative sociali il contratto (pubblicato in Gazzetta Ufficiale) prevede la retribuzione a carico del datore di lavoro, in media per tutti i lavoratori, per 120 giorni l'anno.

Diritto allo studio. Si tratta di un calcolo medio, previsto dal CCNL disciplinato dall'articolo 69 del CCNL, che così recita: *Diritto allo studio - 1) Le lavoratrici e i lavoratori studenti, iscritti e frequentanti corsi regolari di studio in scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali, hanno diritto, su loro richiesta, ad essere immessi in turni di lavoro che agevolino la frequenza ai corsi o la preparazione degli esami. Sempre su loro richiesta saranno esonerati dal prestare lavoro straordinario e durante i riposi settimanali. Le lavoratrici e i lavoratori, compresi quelli universitari, che devono sostenere prove di esame possono usufruire, su richiesta, di permessi retribuiti per sostenere le prove d'esame. Per usufruire dei permessi di cui al comma precedente la lavoratrice e il lavoratore dovrà esibire la documentazione ufficiale degli esami sostenuti (certificato, dichiarazione o altro idoneo mezzo di prova). I permessi non saranno retribuiti per gli stessi esami universitari che siano stati sostenuti per più di 2 volte nello stesso anno accademico.*
2) Il limite massimo di tempo per il diritto allo studio è di 150 ore annue individuali retribuite. Tali ore, fermo restando il limite individuale di cui sopra, sono utilizzate annualmente in ragione di un massimo del 2% del personale in servizio e, comunque, di almeno una unità, per la frequenza necessaria al conseguimento di titoli di studio o di abilitazione in corsi universitari, in scuole statali o istituti legalmente riconosciuti.

Formazione, permessi R.L.S.(L.626/94) è disciplinato dall'articolo *70 del CCNL. Qualificazione, riqualificazione e aggiornamento professionale - Le parti convengono sulla necessità di predisporre condizioni tali da favorire la partecipazione delle lavoratrici e dei lavoratori operanti nell'area socio-sanitario-assistenziale-educativa ai corsi di qualificazione, riqualificazione o aggiornamento necessari a una sempre migliore qualificazione delle prestazioni. A tale scopo le lavoratrici e i lavoratori nella misura massima annua dell'8% del totale dell'organico della cooperativa facente capo al presente ccnl potranno usufruire di permessi retribuiti individuali fino a un massimo di 100 ore annue. In sede di confronto aziendale verranno individuate le priorità in base alle quali programmare la qualificazione, riqualificazione e aggiornamento del personale, tenuto conto delle esigenze di servizio. Verranno, inoltre, individuati i criteri obiettivi per l'identificazione delle priorità per l'accesso ai corsi indicando i criteri di riparto all'interno delle singole qualifiche. Nell'adozione dei criteri si dovrà tenere conto dell'anzianità anagrafica e successivamente quella di servizio. Le lavoratrici e i lavoratori che usufruiscono dei suddetti permessi retribuiti dovranno fornire alla direzione aziendale il certificato di iscrizione al corso, il calendario delle lezioni e, successivamente, i certificati di regolare frequenza. I suddetti permessi non sono cumulabili con i permessi di cui al punto 2 dell'art. 69. Le parti firmatarie si faranno carico ai diversi livelli di sollecitare agli organismi istituzionali competenti la predisposizione di adeguati processi formativi.*

Formazione. In questo caso sono le ore obbligatorie previste dalla normativa regionale: DGR Lazio n. 124 del 24/03/2015 par. 1.2.2 "*Il responsabile deve impegnarsi a far seguire un programma di aggiornamento di almeno 30 ore l'anno nell'area d'utenza specifica della struttura (minori, adulti con disabilità, anziani, persone con disagio sociale, donne in difficoltà), finalizzato a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato, [...]*"

Riunioni équipe. Per avere il numero di ore da retribuire occorre conoscere quante riunioni si fanno in un anno e quante persone vi partecipano. Mediamente ciascun lavoratore sarà assente per diversi motivi, come di seguito dettagliato.

Operatori. Il numero di O.S.S. assunti per lavorare.

In turno. Se la turnazione prevede già la presenza di due persone in turno, esse sono già conteggiate nelle persone che parteciperanno alle riunioni e non vanno conteggiati due volte, per tale ragione dal totale finale sarà sottratto questo valore.

Smonto. si tratta dell'operatore che ha fatto la notte e che "smonta dal turno" e che non sarà presente alla riunione. Anche lui non verrà conteggiato.

In ferie. Mediamente un mese l'anno ciascun operatore sarà assente e non parteciperà alla riunione. Anche in questo caso non si conteggia ai fini del calcolo. Il numero in tabella è la moltiplicazione del numero totale di operatori per la percentuale di ferie di ciascuno (1/12).

Malattia. Analogamente a quanto sopra, non si conteggia nel computo l'operatore statisticamente assente per malattia.

Partecipanti. Il numero di persone effettivamente presenti a riunione, ovvero il totale delle persone assunte, meno chi è già in turno, meno chi smonta dalla notte, meno chi è in ferie, meno chi è ammalato.

n. riunioni anno. È il numero di riunioni in un anno. Si ritene opportuno effettuarne almeno una a settimana, ovvero 52 l'anno.

Durata riunione ore. La durata di una singola riunione.

Ore anno riunione. È la moltiplicazione del numero di *ore* di una riunione per il numero di *riunioni* all'anno per il numero medio dei *partecipanti.*

Ore riun, a lav. (ore anno/n. operatori) ovvero: Ore di riunione a lavoratore (ore anno diviso numero operatori). Sono le ore che ogni singolo lavoratore in un anno è impegnato per partecipare alle riunioni. Tali ore servono poi a determinare il numero di ore in turno e a calcolare, come sopra spiegato, il numero necessario di operatori in turno.

Nel riquadro successivo si analizza il costo per retribuire i lavoratori in turno. Sono 14'600.00 ore annue, per lavorare le quali servono 9.98 lavoratori. Il costo di un lavoratore full time per questa qualifica professionale è € 32'629.52. Tale costo è di molto inferiore peraltro a quello previsto nelle delibere della Regione Lazio (ad esempio U00256 del 25 giugno 2018, ma anche U00060/2016 e G 047262/2017 rivalutate con gli aumenti del 10% appena intercorsi). Il costo annuo totale sarà dunque la moltiplicazione del numero di persone (9.98) per il costo unitario (€ 32'629.52), che fa: € 325'729.70.
Dividendo tale cifra per 365 giorni e per 8 ospiti, si rileva che il costo giornaliero (solo per gli O.S.S.) è pari a € 111.55.

							note
Ore effettive per FTE		1548					**5**
	Ore die	Ore annue	Dotazione organico minimo	*Costo annuo Personale per profilo*	Costo Annuo	Costo giornaliero a ospite	
O.S.S.	40.00	14'600	9.98	*32'629.52 €*	*325'729.70 €*	111.55 €	**7**

Figure professionali di supporto

Le "figure professionali di supporto" sono quei lavoratori che non operano direttamente nei turni di lavoro a contatto con le persone ospiti della casa. Sono quindi l'Assistente Sociale, il Coordinatore, il Supervisore, l'Operatore Reperibile di notte e l'eventuale Cuoco. Vediamole una per una.

							note
Ore effettive per FTE		**1'462.53**					
	Ore die	Ore annue	Dotazione organico minimo	Costo annuo Personale per profilo	Costo Annuo	Costo giornaliero a ospite	
Assistente Sociale	3.00	1'095	0.75	*36'620.80 €*	27'417.99 €	9.39	**8**
Coordinatore	-	-	1.00	*36'620.80 €*	36'620.80 €	12.54	**8**
Formatore e supervisore	0.14	52	0.04	*75'284.00 €*	2'676.70 €	0.92	**9**
Cuoco	-	-	-	*28'901.40 €*	- €	-	**10**
Operatore reperibile notte (1.55 €/ora)	8.00	2'920			4'526.00 €	1.55	**11**
totale professioni di supporto					**71'241.49 €**	24.40	

Assistente Sociale

L'assistente Sociale lavora 1095 ore in un anno. La colonna successiva indica le ore al giorno lavorate. Nella terza colonna le ore lavorate in un anno, nella quarta colonna quante persone a tempo pieno occorrono per questa mansione. In questo caso si tratta di una persona a part time (0.75). Il costo annuale di un lavoratore a tempo pieno per questa mansione (per i costi si vedano le delibere sopra richiamate) è pari a € 36'620.80. Pertanto il costo annuale totale sarà € 27'417.99 (€ 36'620.80 x 0.75) e il costo giornaliero a persona € 9.39 (€ 27'417.99/365/8). Nell'ultima colonna è indicato il numero della nota esplicativa.

Coordinatore

Il Coordinatore è un educatore a tempo pieno. Anche in questo caso, e nei successivi, la colonna seguente indica indica il numero di ore giornaliere, poi le annue nella successiva. nella qurta colonna si trova la indicazione di quante persone a tempo pieno occorrono per questa mansione. In questo caso si tratta di una persona. Il costo annuale di un lavoratore a tempo pieno per questa mansione è pari a € 36'620.80. Pertanto il costo annuale totale sarà € 36'620.80 (€ 36'620.80 x 1). Il costo giornaliero a persona è pari a € 12.54 (€ 36'620.80/365/8). Nell'ultima colonna è indicata la nota esplicativa.

Supervisore

Il supervisore è previsto che lavori 52 ore in un anno: una supervisione al mese di due ore, per 11 mesi l'anno e 30 ore di formazione. La colonna seguente indica quante persone a tempo pieno occorrono per svolgere questa mansione. In questo caso è una piccolissima frazione (0.04). Il costo annuale di un lavoratore a tempo pieno per questa mansione è pari a € 75'284.00. Pertanto il costo annuale totale sarà € 2'676.70 (€ 75'284.00 x 0.04). Il costo giornaliero a persona è pari a € 0.92 (€ 2'676.70/365/8).

Cuoco

Il Cuoco appare necessario almeno per quelle strutture dove l'autonomia degli ospiti non consenta agli operatori di coinvolgerli nella preparazione del pasto o di poterli lasciare da soli durante la preparazione medesima. Pertanto anche questa voce andrebbe valorizzata, previ opportuni accordi con l'ente finanziatore (Regione o Comune).

Reperibile da casa

Durante la notte si ritiene opportuno prevedere una persona reperibile da casa, da poter chiamare in caso di necessità. Si tratterebbe di retribuire 8 ore a notte al costo di 1.55 euro all'ora. Sono quindi 2'920 ore l'anno, per un costo totale di € 4'526.00 (2'920.00 x 1.55 €), pari a un costo giornaliero di € 1.55 (€ 4'526.00/365).

Come si evince dal riquadro sottostante il totale della spesa prevista per tutte le professioni "di supporto" è pertanto pari a € 71'241.49. Il costo giornaliero a persona ospite risulta pari a € 24.40 (€ 71'241.49/365).

COSTI VARIABILI

I costi sono divisi per 8 persone e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ottobre 2019 che è pari a 1.01286.

Per i costi i generali, di struttura, alberghieri e amministrativi si può, con ragionevole precisione, ipotizzare un importo pari al 42% dei costi fin qui analizzati. Ovvero: se il costo del lavoro rappresenta il 70% dei costi totali, il restante 30% del totale è pari al 42% del costo del lavoro. Per chi volesse analizzarne il dettaglio ecco di seguito la spiegazione riga per riga.

Tra i "costi alberghieri" la prima voce presa in considerazione è il vitto. I costi standard, secondo quanto anche previsto dall'ANAC prevedevano a dicembre 2017 un costo di 9,80 euro al giorno a persona. Moltiplicando questa cifra per 8 ospiti e 365 giorni si arriva a € 28'616.00 euro l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per il vitto, un costo annuo di € 28'983.96 (ovvero: € 28'616.00 x 1.013). Nell'ultima colonna è indicata la nota esplicativa.

Tra i "costi alberghieri" la seconda voce presa in considerazione è il costo per le pulizie. Secondo quanto anche previsto dall'ANAC, la citata delibera prevedeva, a dicembre 2017, un costo di 0,12 euro al giorno a metro quadrato. Moltiplicando questa cifra per 193 mq (metratura adeguata per 8 persone) e per 365 giorni si arriva a € 8'468.00 l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per le pulizie, un costo annuo di € 8'576.89 (ovvero: € 8'468.00 x 1.013).

Tra i "costi alberghieri" la terza voce presa in considerazione è il costo per lo smaltimento dei rifiuti. Nella sopra citata delibera Regione Lazio 884/2017 si prevedeva un costo standard di 0,24 euro al giorno a persona. Moltiplicando questa cifra per 8 persone e per 365 giorni si arriva a € 701.00 l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per le pulizie, un costo annuo di € 710.01 (ovvero: € 701.00 x 1.013).

		drl 884 dic 2017		costo annuo con adeguam Istat	note	
Costi alberghieri	Vitto	28'616.00 €		28'983.96 €	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**13**
	Pulizia	8'468.00 €		8'576.89 €	Costo standard (€ 0.12- Mq)	**14**
	Smaltimento rifiuti	'701.00 €		'710.01 €	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**15**
Totale costi alberghieri		37'785.00 €		38'270.86 €		

Tra i "costi di struttura" invece la prima voce presa in considerazione è l'affitto. I costi standard, secondo quanto anche previsto dall'ANAC, prevedevano a dicembre 2017 un importo di 10.20 euro al metro quadrato al mese. Moltiplicando questa cifra per 200 mq (metratura adeguata per ospitare otto persone) e per 12 mesi si ottiene € 24'480.00 euro l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per l'affitto, un costo annuo di € 24'794.78 (€ 24'480.00 x 1.013).

Tra i "costi di struttura" la seconda voce presa in considerazione è la Manutenzione. I costi standard, prevedono una spesa pari al 5% del costo dell'affitto per le manutenzioni ordinarie e al 3% per le straordinarie. Moltiplicando 5% e 3% per € 24'794.78 (il costo dell'affitto) si ottiene € 1'983.18 euro l'anno. (ovvero: € 24'794.78 x (5% + 3%)).

Tra i "costi di struttura" la terza voce presa in considerazione è il costo per le utenze. Secondo quanto anche previsto nella citata delibera a dicembre 2017 si ipotizzava un costo standard annuale di € 12'585.00 euro l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per le utenze, un costo annuo di € 12'746.82 (ovvero: € 12'585.00 x 1.013).

		drl 884 dic 2017		costo annuo con adeguam istat		note
Costi di Struttura	Affitto	€ 24'480.00		€ 24'794.78	Costo standard (€ 10.33 - Mq/mese)	**16**
	Manutenzione	€ 1'958.00		€ 1'983.18	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**17**
	Utenze	€ 12'585.00		€ 12'746.82	Costo standard	**18**
Totale costi di struttura		€ 39'023.00		€ 39'524.78		

Tra i "Costi generali" la prima voce presa in considerazione è l'Assicurazione. I costi standard, secondo quanto previsto dall'ANAC, prevedevano a dicembre 2017 un costo di 0.56 euro al giorno a persona. Moltiplicando questa cifra per 8 persone e per 365 giorni si ottiene € 1'606.00 euro l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per l'Assicurazione un costo annuo di € 1'626.65 (€ 1'606.00 x 1.013).

Tra i "Costi generali" la seconda voce presa in considerazione è l'uso dell'Automezzo. I costi standard, secondo quanto anche previsto dall'ANAC prevedevano a dicembre 2017 un costo di € 0.6284 a km. Ipotizzando una percorrenza media di 10.000 km annui si ottiene € 6'204.00 euro l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per l'Automezzo un costo annuo di € 6'283.77 (€ 6'204.00 x 1.013). Il costo d'esercizio del veicolo tiene conto delle spese per il suo utilizzo e della quota di ammortamento del capitale che è stato necessario al suo acquisto (capitale e interessi), da ammortizzare in un determinato periodo d'utilizzo. Il costo tiene conto anche del costo del bollo auto e quello relativo all'assicurazione, la spesa per il carburante l'usura degli pneumatici le spese di manutenzione e riparazione.

Tra i "Costi generali" la terza riga ricomprende tutte le voci non meglio precisate qui sopra, come ad esempio gli oneri per la sicurezza, gli ammortamenti dei mobili e degli elettrodomestici, le spese per servizi. Segnaliamo che questa voce è valorizzata, dalla Regione Lazio, in modo diverso nelle varie delibere. Ad esempio nella delibera DCA U00009/2016 il valore è pari a € 1'717 a persona l'anno, nella Delibera DCA U00256/2018 tale importo sale a € 3'505 a persona l'anno. Qui prendiamo a riferimento l'importo più basso, cioè quello della Delibera 884/2017 della Regione Lazio, la quale prevedeva per questa voce un importo di € 1'277.50 a persona l'anno. Il tasso di inflazione dalla data della citata delibera (dicembre 2017) ad oggi è pari a 1.013. Pertanto bisogna considerare, per "'Altro" un costo annuo di € 10'351.41 (ovvero: € 10'220.00 x 1.013).

		drl 884 dic 2017		costo annuo con adeguam istat		note
Costi generali	Assicurazione	€ 1'606.00		€ 1'626.65	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**19**
	Automezzo	€ 6'204.00		€ 6'283.77	Costo standard (€ 0.6284 - Km)	**20**
	Altro	€ 10'220.00		€ 10'351.41	Costo standard - Utente/die	**21**

Totale costi generali		€ 18'030.00		€ 18'261.84		

il "Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri (al giorno a persona)" per un anno è pari a € 96'057.48 (dividendo per otto ospiti e 365 giorni dell'anno la cifra al giorno a persona è pari a € 32.90).

Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri (al giorno a persona)		€ 96'057.48		

totali

Riepilogando il costo totale O.S.S. in turno per un anno è pari a € 325'729.70 (si veda la nota n. 22). Il costo totale professioni di supporto per un anno è pari a € 71'241.49 (nota n. 23). Il totale spese per la casa è pari a € 96'057.48.

Per gli oneri amministrativi è necessario un lungo approfondimento, per il quale si rimanda alla nota esplicativa 25. Abbiamo ipotizzato una percentuale, pari al 13% del totale, per le spese generali di gestione e amministrative, prevedendo un importo pari a € 64'093.73. Qui ci limitiamo a sottolineare come il Decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture»; ultimo aggiornamento: legge 17 dicembre 2012, n. 221) all'Art. 32 comma b) reca: "aggiungendo ulteriormente una percentuale variabile tra il tredici e diciassette per cento, a seconda della importanza, della natura, della durata e di particolari esigenze dei singoli lavori, per spese generali".

Per approfondire si veda:
https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/NormativeDiSettore/_RegolamentoCodiceContratti

Il totale annuo di tutte le spese per una casa per otto persone con lieve disabilità è quindi pari a € 557'122.40

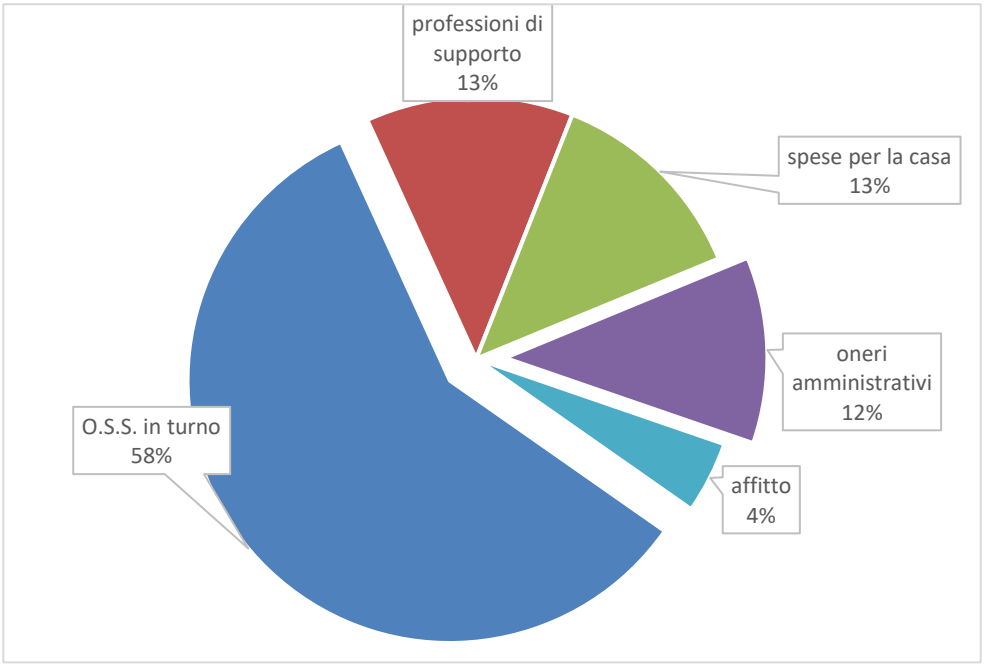
		all'anno	al giorno	
totale O.S.S. in turno		€ 325'729.70	111.55 €	**22**
totale professioni di supporto		€ 71'241.49	24.40 €	**23**
totale spese per la casa		€ 96'057.48	32.90 €	**24**
oneri amministrativi	13.00%	€ 64'093.73	21.95 €	**25**
totale		€ 557'122.40	**190.80 €**	

calcolo della retta

Per calcolare la retta pro-capite pro die che appare necessaria per gestire la casa famiglia come quella presa in esame occorrerà dividere l'importo totale annuale (€ 557'122.40) per 365 giorni e avremo il costo giornaliero: € 1'526.36. Dovremo dividere questo importo per il numero di utenti in struttura (8 nel nostro caso) e infine dovremo considerare che la presenza media in struttura durante l'anno è pari al 89% dei giorni. La retta è pari a € 225.10 a persona. Per approfondire si veda la nota esplicativa n. 26.

		all'anno	al giorno a ospite	
costo annuo a persona sostenuto da ente pubblico		€ -	€ 190.80	**26**
% presenza in struttura	89%		€ 23.58	**27**
iva	5%		€ 10.72	**28**
totale retta a persona			**€ 225.10**	

Il totale delle spese per il personale (OSS e professioni di supporto = 58%+13%) ammonta dunque al 71% del totale. Tutte le altre spese sono dunque pari al 40% (1/71%-1) delle spese per il personale.



Nella ultima tabella qui sotto si trova una ipotesi di calcolo per modificare la retta prevista aggiungendo una quota economica nei casi di disabilità che necessitino di ore individuali aggiuntive (con un rapporto operatore/PErsona con disabilità maggiore di uno a quattro come finora previsto) o che nececessitino di una attività educativa settimanale particolare. Analogamente si prevede una diminuzione della retta per le ore in cui la persona con disabilità è assente perché si reca ad un centro diurno, o al lavoro.

plus/minus					
plus	**parametro**	**unità di misura**	**costo pacchetto minimo (per giorno)**	**costo aggiuntivo massimo (per giorno)**	
necessità tutelari	ore O.S.S. individuali aggiuntive	pacchetto di 2h/die	€ 44.62	€ 133.86	
opportunità educative	budget forfettario settimanale	attività educative programmate	€ 4.00	€ 8.00	
minus	**parametro**				
frequenza centro diurno	sottrazione 6 ore di O.S.S.			-€ 33.47	
	sottrazione del 30% di educatore			-€ 3.76	

Ore O.S.S. individuali aggiuntive. Sono le ore di lavoro aggiuntive necessarie per le persone con disabilità importanti e che necessitino di un accudimento ulteriore rispetto al rapporto "uno a quattro" previsto come base.

Budget forfettario settimanale si tratta di un piccolo budget disponibile a fronte di un progetto personalizzato per la persona ospite. Da definire in dettaglio a seconda del progetto individualizzato.

Sottrazione 6 ore di O.S.S. Se una persona con disabilità la mattina si assenta per recarsi al centro diurno la retta sarà diminuita di conseguenza, in ragione dell'equivalente del costo di un operatore ogni quattro ospiti della casa. Per cui il calcolo è il costo di sei ore di lavoro diviso quattro.

Sottrazione del 30% di educatore. Analogamente si ipotizza un minor lavoro del coordinatore (il coordinatore è un educatore) per ogni persona assente, pari al 30% del costo giornaliero a persona dell'educatore.

Calcolo dei costi per una casa per otto persone con disabilità

Calcolo ore di lavoro per gli operatori in turno							
	da	**a**	**ore**	**operatori con 8 ospiti**	**ore giornaliere**	**ore anno**	**note**
Ore diurne OSS	6:00	22:00	16 h.	2	32 h.	11'680.00 h.	**1**
Ore notte OSS	22:00	6:00	8 h.	1	8 h.	2'920.00 h.	**1**
tot					**40.00 h.**	**14600.00 h.**	

calcolo ore lavorate					
calcolo ore in turno			**calcolo ore di riunione**		
	ore anno			**numero lav**	**2**
Ore contrattuali	1976		Operatori	10.00	
Ferie	165		In turno	2.00	
Festività e festività soppresse	108		Smonto	1.00	
Assemblee sindacali	12		In ferie	0.84	
Malattia, gravidanza, infortunio	120		Malattia	0.61	
			altre assenze	0.22	
Diritto allo studio	3		Partecipanti:	5.33	**3**
Formazione professionale	8		N. riunioni anno	52.00	**4**
Formazione, permessi R.L.S.(	12		Durata riunione ore	2.00	
Formazione	30		Ore anno riunione	554.65	
Riunioni èquipe	*55.47*		Ore riun, a lav. (ore anno/n. operatori: 554.65/10.00)	***55.47***	**5**
Ore mediamente lavorate	**1'462.53**				

costo del lavoro							
	liv	c1	c2	d2	E2		
lordo annuo		31'129.10 €	32'083.08 €	34'936.84 €	41'972.02 €		**6**
irap	4.82%	1'500.42 €	1'546.40 €	1'683.96 €	2'023.05 €		
totale		**32'629.52 €**	**33'629.48 €**	**36'620.80 €**	**43'995.07 €**		
Costo orario turno		**€ 22.31**	**€ 22.99**	**€ 25.04**	**€ 30.08**		**5**

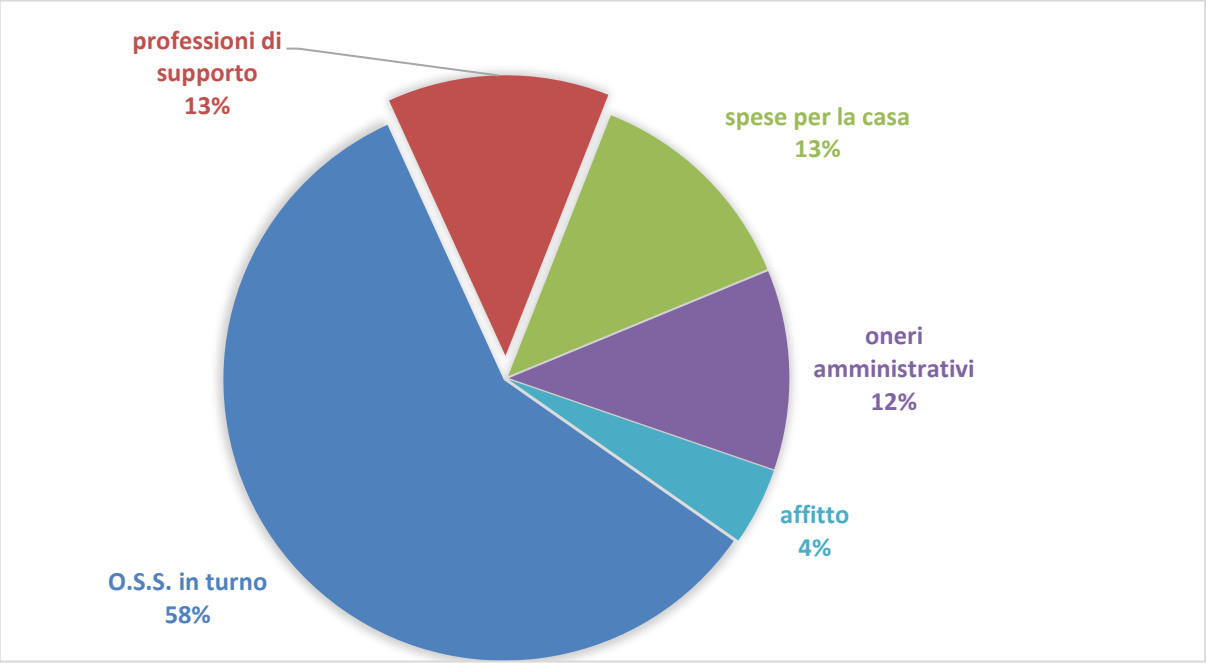
O.S.S.							
	Ore die	**Ore annue**	**Dotazione organico minimo**	***Costo annuo Personale per profilo***	**Costo Annuo**	**Costo giornaliero a ospite**	
O.S.S.	40.00	14'600.00	9.98	*32'629.52 €*	**325'729.70 €**	111.55	**7**

Figure professionali di supporto							
Assistente Sociale	3.00	1'095.00	0.75	*36'620.80 €*	**27'417.99 €**	€ 9.39	**8**
Coordinatore			1.00	*36'620.80 €*	**36'620.80 €**	€ 12.54	**8**
formatore e supervisore	0.14	52.00	0.04	*75'284.00 €*	**2'676.70 €**	€ 0.92	**9**
cuoco	-	- €	-	*28'901.40 €*	**- €**	€ -	**10**
operatore reperibile notte (1.55 €/ora)	8.00	2'920.00			**4'526.00 €**	€ 1.55	**11**
totale professioni di supporto			1.78		**71'241.49 €**	€ 24.40	

COSTI VARIABILI come previsti nella determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).					**12**
I costi sono divisi per 8 persone e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ott-2019 che è pari a 1.01286					
n utenti standard			*8*		
		drl 884 dic 2017	**costo annuo con adeguam istat**		**note**
Costi alberghieri	Vitto	28'616.00 €	28'983.96 €	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**13**
	Pulizia	8'468.00 €	8'576.89 €	Costo standard (€ 0.12- Mq)	**14**
	Smaltimento rifiuti	701.00 €	710.01 €	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**15**
Totale costi alberghieri		37'785.00 €	**38'270.86 €**		
Costi di Struttura	Affitto	24'480.00 €	24'794.78 €	Costo standard (€ 10.33 - Mq/mese)	**16**
	Manutenzione	1'958.00 €	1'983.18 €	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**17**
	Utenze	12'585.00 €	12'746.82 €	Costo standard	**18**
Totale costi di struttura		39'023.00 €	**39'524.78 €**		
Costi generali	Assicurazione	1'606.00 €	1'626.65 €	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**19**
	Automezzo	6'204.00 €	6'283.77 €	Costo standard (€ 0.6284 - Km)	**20**
	Altro	10'220.00 €	10'351.41 €	Costo standard - Utente/die	**21**
Totale costi generali		18'030.00 €	**18'261.84 €**		
Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri			**96'057.48 €**		

totali			
	all'anno	al giorno a ospite	
totale O.S.S. in turno	325'729.70 €	€ 111.55	**22**
totale professioni di supporto	71'241.49 €	€ 24.40	**23**
totale spese per la casa	96'057.48 €	€ 32.90	**24**
oneri amministrativi 13.00%	64'093.73 €	€ 21.95	**25**
totale	557'122.40 €	**€ 190.80**	

calcolo della retta				
		all'anno	al giorno a ospite	
costo annuo a persona per l'ente pubblico		69'640.30 €	€ 190.80	**26**
% presenza in struttura	89%		€ 23.58	**27**
iva	5%		€ 10.72	**28**
totale retta necessaria a persona			**€ 225.10**	



plus/minus				
plus	**parametro**	**unità di misura**	**costo pacchetto minimo (per giorno)**	**costo aggiuntivo massimo (per giorno)**
necessità tutelari	ore O.S.S. individuali aggiuntive	pacchetto di 2h/die	€ 44.62	€ 133.86
opportunità educative	budget forfettario settimanale	attività educative programmate	€ 4.00	€ 8.00
minus	**parametro**			
frequenza centro diurno	sottrazione 6 ore di oss		-€ 33.47	
	sottrazione del 30% di coordinatore		-€ 3.76	

Le note si trovano a pagina 104

Gruppo appartamento progetto "dopo di noi"

In questo caso, il gruppo appartamento è normato dalla legge 22 giugno 2016, n. 112. Si tratta di una struttura molto diversa dalle precedenti, in particolare perché accoglie fino a 4 persone (oltre ad un posto di "emergenza") con grave disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L 104. In questa casa famiglia la normativa è più "leggera" e meno stringente, ma nonostante questo, trattandosi generalmente di persone con grave disabilità, è necessario, nella magfgfior parte dei casi, prevedere almeno due Operatori Socio Sanitari per ciascun turno. Ugualmente è opportuno prevedere riunioni, supervisione e formazione per il personale.

Calcolo nel dettaglio per una casa per quattro persone progetto 'dopodinoi'

Calcolo ore di lavoro per gli operatori in turno							
rapporto 1 a 2	**da**	**a**	**ore**	**operatori con 4 ospiti**	**ore giornaliere**	**ore anno**	**note**
ore diurne O.S.S.	6:00	22:00	16 h.	2	32 h.	11680 h.	**1**
ore notte O.S.S.	22:00	6:00	8 h.	1	8 h.	2920 h.	**1**
tot					**40.00 h.**		
riunioni			**ore**	**n. operatori**	**n riunioni anno**	**ore anno**	
riunione settimanale			2 h.	8.05	40.85	657.77 h.	**1B**
30 ore anno di formazione obbligatoria			30 h.	10.05		301.54 h.	**1B**
tot ore retribuite al giorno O.S.S.					**42.63 h.**		

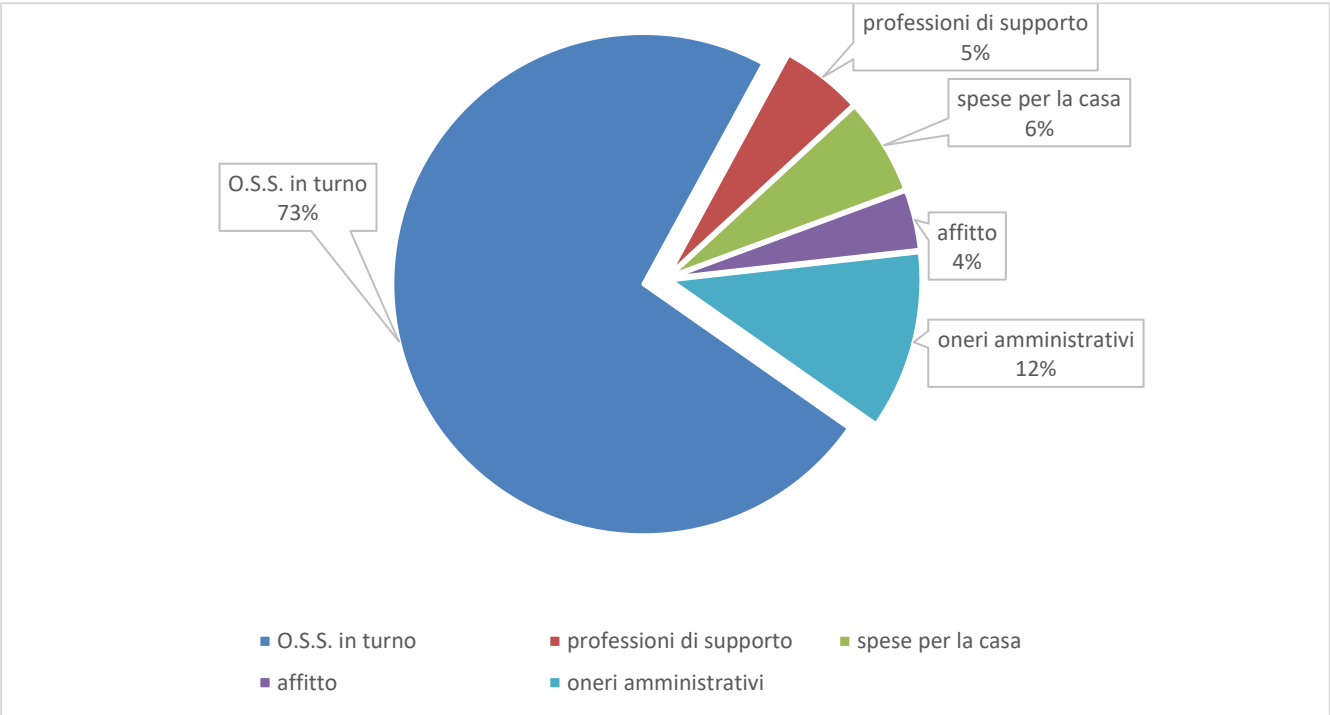
O.S.S.							
Ore effettive per FTE		**1548**					**5**
	Ore die	Ore annue	Dotazione organico minimo	*Costo annuo Personale per profilo*	**Costo Annuo Personale**	Costo giornaliero Personale	
O.S.S.	'42.63	15'559.3	10.05	*34'785 €*	**349'633 €**	€ 957.90	**7**

Figure professionali di supporto							
Ore effettive per FTE		**1548**					
Psicologo	-	-	-	42'000 €	**€ -**	€ -	**8**
Coordinatore	1.71	625.7	0.40	44'312 €	**17'911 €**	€ 49.07	**8**
formatore e supervisore	0.14	52.0	0.03	75'284 €	**2'529 €**	€ 6.93	**9**
cuoco	-	-	-	25'734 €	**- €**	€ -	**10**
reperibilità (1.55 €/ora)	8.00	2'920.0			**4'526 €**	€ 12.40	**11**
totale professioni di supporto			0.44		**24'966 €**	€ 68.40	

COSTI VARIABILI come previsti nella determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).						12
I costi sono adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ott-2019 che è pari a 1.01286						
		drl 884 dic 2017	**costo annuo per 4 persone con adeguam istat**		**note**	
Costi alberghieri	Vitto	28'616.00 €		14'491.98 €	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**13**
	Pulizia	8'468.00 €		4'288.44 €	Costo standard (€ 0.03- Mq)	**14**
	Smaltimento rifiuti	701.00 €		355.01 €	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**15**
Totale costi alberghieri		37'785.00 €		19'135.43 €		
COSTI GENERALI E DI STRUTTURA						
Costi di Struttura	Affitto	24'480.00 €		18'397.39 €	Costo standard (€ 3.83 - Mq/mese)	**16**
	Manutenzione	1'958.00 €		991.59 €	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**17**
	Utenze	12'585.00 €		6'373.41 €	Costo standard	**18**
Totale costi di struttura		39'023.00 €		19'762.39 €		
Costi generali	Assicurazione	1'606.00 €		813.33 €	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**19**
	Automezzo	6'204.00 €		3'141.89 €	Costo standard (€ 0.1571 - Km)	**20**
	Altro	10'220.00 €		5'175.71 €	Costo standard - Utente/die	**21**
Totale costi generali		18'030.00 €		9'130.92 €		
Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri				**48'028.74 €**		

totali					
		all'anno		al giorno a ospite	
totale O.S.S. in turno		349'633.17 €	€	239.47	**22**
totale professioni di supporto		24'966.30 €	€	17.10	**23**
totale spese per la casa		48'028.74 €	€	32.90	**24**
oneri amministrativi	13.00%	54'941.67 €	€	37.63	**25**
totale		477'569.88 €	**€**	**327.10**	

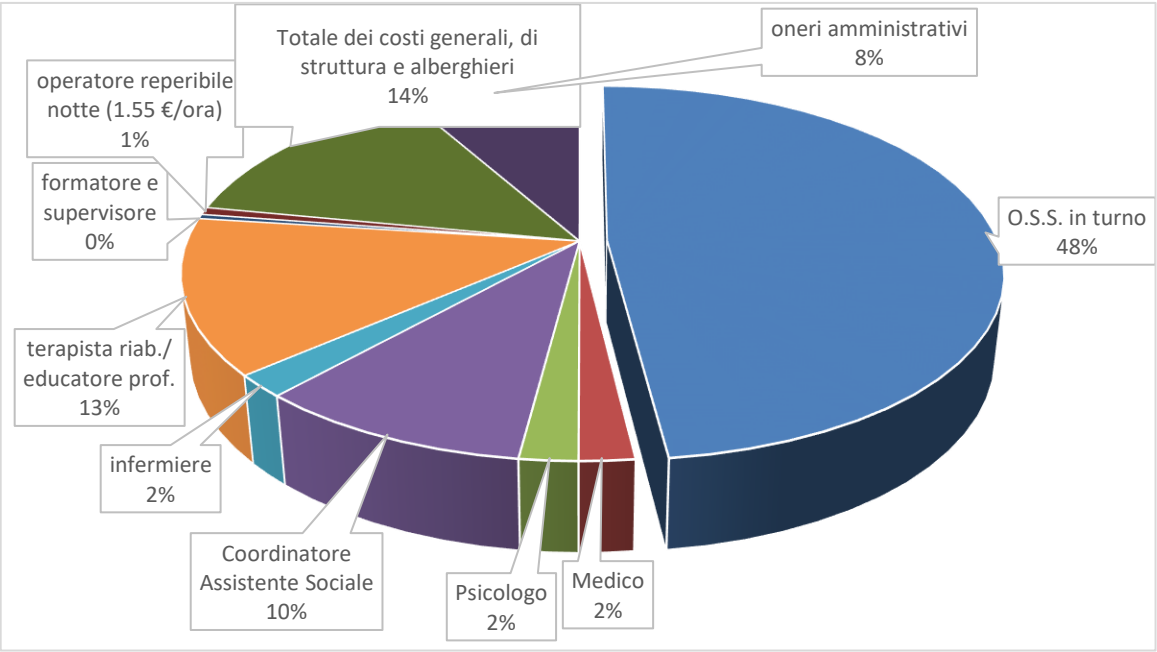
calcolo della retta					
		all'anno		al giorno a ospite	
costo annuo a persona		119'392.47 €	€	327.10	**26**
% presenza in struttura	89%		€	40.43	**27**
iva	5%		€	18.38	**28**
totale retta necessaria a persona			**€**	**385.91**	



Le note si trovano a pagina 104

Struttura Socio Sanitaria

Si ipotizza una struttura ancora da realizzare nel Lazio, che potrà accogliere persone con disabilità che necessitino di una notevole assistenza sanitaria pur potendo vivere in una casa. Secondo Casa al Plurale, una casa deve ospitare sei, massimo otto persone, non di più. Qualora si ipotizzino più persone, si deve per forza immaginare più moduli residenziali. In questa tipologia di struttura, a bassa intensità assistenziale, è prevista una compartecipazione alla spesa sia sociale che sanitaria. Sono previste varie figure sanitarie, come si evince dal grafico in basso.



Calcolo dei costi di una struttura sociosanitaria per otto persone con disabilità

Calcolo ore di lavoro per gli operatori in turno							
	da	**a**	**ore**	**operatori con 8 ospiti**	**ore giornaliere**	**ore anno**	**note**
Ore diurne educ. pro	6:00	22:00	16 h.	2	32 h.	11'680.00 h.	**1**
Ore notte educ. pro	22:00	6:00	8 h.	1	8 h.	2'920.00 h.	**1**
tot					**40.00 h.**	**14600.00 h.**	

calcolo ore lavorate					
calcolo ore in turno			**calcolo ore di riunione**		
	ore anno			**numero lav**	**2**
Ore contrattuali	1976		Operatori	10.00	
Ferie	165		In turno	2.00	
Festività e festività soppresse	108		Smonto	1.00	
Assemblee sindacali	12		In ferie	0.84	
Malattia, gravidanza, infortunio	120		Malattia	0.61	
			altre assenze	0.22	
Diritto allo studio	3		Partecipanti:	5.33	**3**
Formazione professionale	8		N. riunioni anno	52.00	**4**
Formazione, permessi R.L.S.(	12		Durata riunione ore	2.00	
Formazione	30		Ore anno riunione	554.65	
Riunioni èquipe	*55.47*		Ore riun, a lav. (ore anno/n. operatori: 554.65/10.00)	***55.47***	
Ore mediamente lavorate	**1'462.53**				**5**

costo del lavoro							
	liv	c2	D2	D3	E2		
lordo annuo		32'083.08 €	34'936.84 €	38'088.40 €	41'972.02 €		**6**
irap	4.82%	1'546.40 €	1'683.96 €	1'835.86 €	2'023.05 €		
totale		**33'629.48 €**	**36'620.80 €**	**39'924.26 €**	**43'995.07 €**		
Costo orario turno		**€ 22.99**	**€ 25.04**	**€ 27.30**	**€ 30.08**		**5**

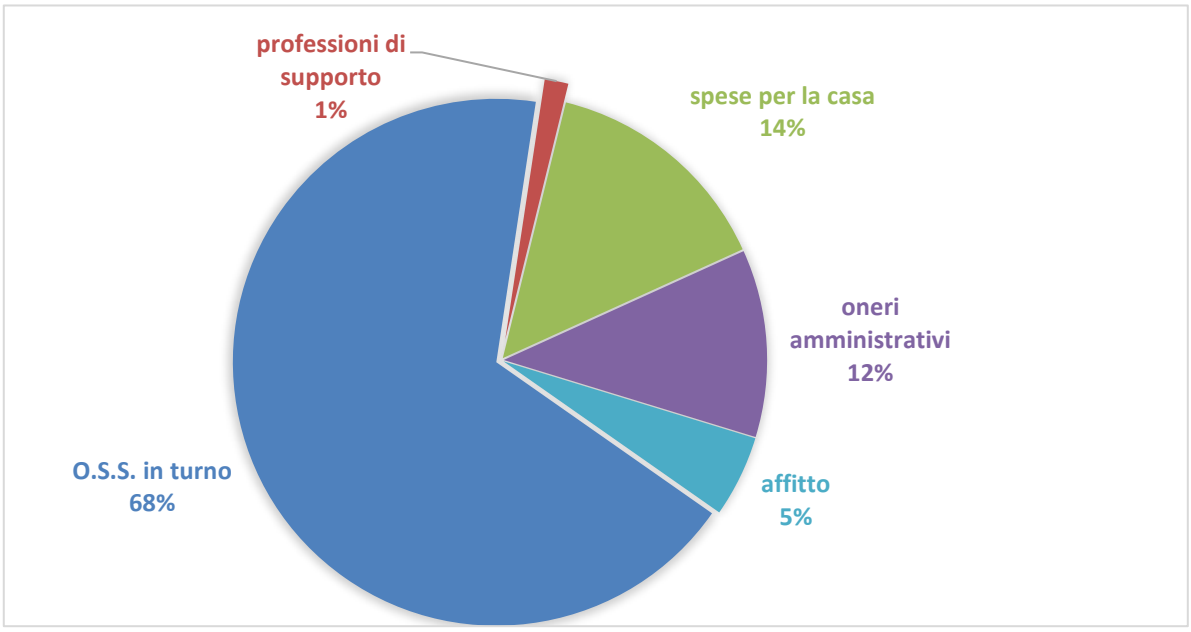
O.S.S.							
	Ore die	**Ore annue**	**Dotazione organico minimo**	***Costo annuo Personale per profilo***	**Costo Annuo**	**Costo giornaliero a ospite**	
O.S.S.	40.00	14'600.00	9.98	*33'629.48 €*	**335'711.99 €**	114.97	**7**

Figure professionali di supporto							
Medico	0.64	234.6	0.15	*88'292.16 €*	13'385.09 €	€ 4.58	**8**
Psicologo	1.29	469.3	0.30	*46'527.86 €*	14'107.25 €	€ 4.83	**8**
Coordinatore Assistente Sociale	6.43	2,346.4	1.52	*44'312.25 €*	67'168.51 €	€ 23.00	**8**
infermiere	1.29	469.3	0.30	*44'312.25 €*	13'435.47 €	€ 4.60	**8**
terapista riab./ educatore prof.	9.43	3,441.4	2.22	*42'096.64 €*	93'585.04 €	€ 32.05	**8**
formatore e supervisore	0.14	52.0	0.04	*75'284.00 €*	2'676.70 €	€ 0.92	**9**
cuoco	-	-	-	*28'901.40 €*	- €	€ -	**10**
operatore reperibile notte (1.55 €/ora)	8.00	2,920.0			4'526.00 €	€ 1.55	**11**
totale professioni di supporto					**7'202.70 €**	€ 71.54	

COSTI VARIABILI come previsti nella determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).					**12**
I costi sono divisi per 8 persone e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ott-2019 che è pari a 1.01286					
n utenti standard			*8*		
		drl 884 dic 2017	**costo annuo con adeguam istat**		**note**
Costi alberghieri	Vitto	28'616.00 €	28'983.96 €	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**13**
	Pulizia	8'468.00 €	8'576.89 €	Costo standard (€ 0.12- Mq)	**14**
	Smaltimento rifiuti	701.00 €	710.01 €	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**15**
Totale costi alberghieri		37'785.00 €	**38'270.86 €**		
Costi di Struttura	Affitto	24'480.00 €	24'794.78 €	Costo standard (€ 10.33 - Mq/mese)	**16**
	Manutenzione	1'958.00 €	1'983.18 €	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**17**
	Utenze	12'585.00 €	12'746.82 €	Costo standard	**18**
Totale costi di struttura		39'023.00 €	**39'524.78 €**		
Costi generali	Assicurazione	1'606.00 €	1'626.65 €	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**19**
	Automezzo	6'204.00 €	6'283.77 €	Costo standard (€ 0.6284 - Km)	**20**
	Altro	10'220.00 €	10'351.41 €	Costo standard - Utente/die	**21**
Totale costi generali		18'030.00 €	**18'261.84 €**		
Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri			**96'057.48 €**		

totali				
		all'anno	al giorno a ospite	
totale O.S.S. in turno		335'711.99 €	€ 114.97	**22**
totale professioni di supporto		7'202.70 €	€ 71.54	**23**
totale spese per la casa		96'057.48 €	€ 32.90	**24**
oneri amministrativi	13.00%	57'066.38 €	€ 28.52	**25**
totale		496'038.55 €	**€ 247.92**	

calcolo della retta				
		all'anno	al giorno a ospite	
costo annuo a persona perevisto per l'ente pubblico		62'004.82 €	€ 247.92	**26**
% presenza in struttura	89%		€ 30.64	**27**
iva	5%		€ 13.93	**28**
totale retta necessaria a persona			**€ 292.49**	



plus/minus					
plus	**parametro**	**unità di misura**	**costo pacchetto minimo (per giorno)**	**costo aggiuntivo massimo (per giorno)**	
necessità tutelari	ore O.S.S. individuali aggiuntive	pacchetto di 2h/die	€ 45.99	€ 137.96	
opportunità educative	budget forfettario settimanale	attività educative programmate	€ 4.00	€ 8.00	
minus	**parametro**				
frequenza centro diurno	sottrazione 6 ore di oss			-€ 34.49	
	sottrazione del 30% di coordinatore			-€ 6.90	

Le note si trovano a pagina 104

Case Famiglia per bambini e case famiglia per adolescenti

Le Case Famiglia per minori ospitano sei bambini di età non superiore agli undici anni, oppure otto adolescenti di età compresa tra gli undici ed i diciassette anni. Sono previsti due posti temporanei per l'emergenza. La 'retta attuale' indicata è quella prevista dalla delibera della Regione Lazio n. 884 di dicembre 2017 e dalla determinazione Dirigenziale della Regione Lazio n. G18163 21/12/2017, che prevedono un incremento progressivo fino a euro 100 (iva inclusa) dal 2019. Nelle tabelle che seguono vengono analizzati i costi delle case per 6 bambini, per 8 adolescenti e per i bambini con disabilità molto complessa.

Il Responsabile della struttura, ai sensi della vigente normativa regionale, può essere un Assistente Sociale, uno Psicologo o un Educatore professionale: nel presente lavoro abbiamo ipotizzato un Educatore professionale, al livello E1. Le altre figure professionali presenti sono un Assistente Sociale a presenza programmata, un Educatore professionale e un'altra figura educativa di supporto in ogni turno (in caso di presenza effettiva di tutti i minori in struttura).

Oltre al personale per i servizi generali (pulizie, cucina etc.) l'equipe vede il coinvolgimento di 8 persone che ruotano nei vari turni, oltre all'Assistente sociale e un Responsabile (Educatore Professionale).

Nel caso di bambini con disabilità è necessario prendere in considerazione i parametri previsti per una maggior intensità assistenziale. Segnaliamo che la Regione Lazio ha ben normato questa ipotesi, prevedendo una compartecipazione sociale e sanitaria, con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00242 del 08/06/2018.

È stata calcolata una presenza media di minori in struttura pari all'89%.

Le rette attualmente erogate per questo tipo di strutture sono pari a € 100.00 al giorno a persona ospite.

Calcolo dei costi per una casa per sei bambini

Calcolo ore di lavoro per gli operatori in turno							
	da	**a**	**ore**	**operatori con 6 ospiti**	**ore giornaliere**	**ore anno**	**note**
Ore diurne educ. pro	6:00	22:00	16 h.	1 1/2	24 h.	8'760.00 h.	**1**
Ore notte educ. pro	22:00	6:00	8 h.	1	8 h.	2'920.00 h.	**1**
tot					**32.00 h.**	**11'680.00 h.**	

calcolo ore lavorate					
calcolo ore in turno			**calcolo ore di riunione**		
	ore anno			**numero lav**	**2**
Ore contrattuali	1976		Operatori	10.00	
Ferie	165		In turno	2.00	
Festività e festività soppresse	108		Smonto	1.00	
Assemblee sindacali	12		In ferie	0.84	
Malattia, gravidanza, infortunio	120		Malattia	0.61	
			altre assenze	0.22	
Diritto allo studio	3		Partecipanti:	5.33	**3**
Formazione professionale	8		N. riunioni anno	52.00	**4**
Formazione, permessi R.L.S.(	12		Durata riunione ore	2.00	
Formazione	30		Ore anno riunione	554.65	
Riunioni èquipe	*55.47*		Ore riun, a lav. (ore anno/n. operatori: 554.65/10.00)	***55.47***	
Ore mediamente lavorate	**1'462.53**				**5**

costo del lavoro							
	liv	c1	D2	D3	E2		
lordo annuo		31'129.10 €	34'936.84 €	38'088.40 €	41'972.02 €		**6**
irap	4.82%	1'500.42 €	1'683.96 €	1'835.86 €	2'023.05 €		
totale		**32'629.52 €**	**36'620.80 €**	**39'924.26 €**	**43'995.07 €**		
Costo orario turno		**€ 22.31**	**€ 25.04**	**€ 27.30**	**€ 30.08**		**5**

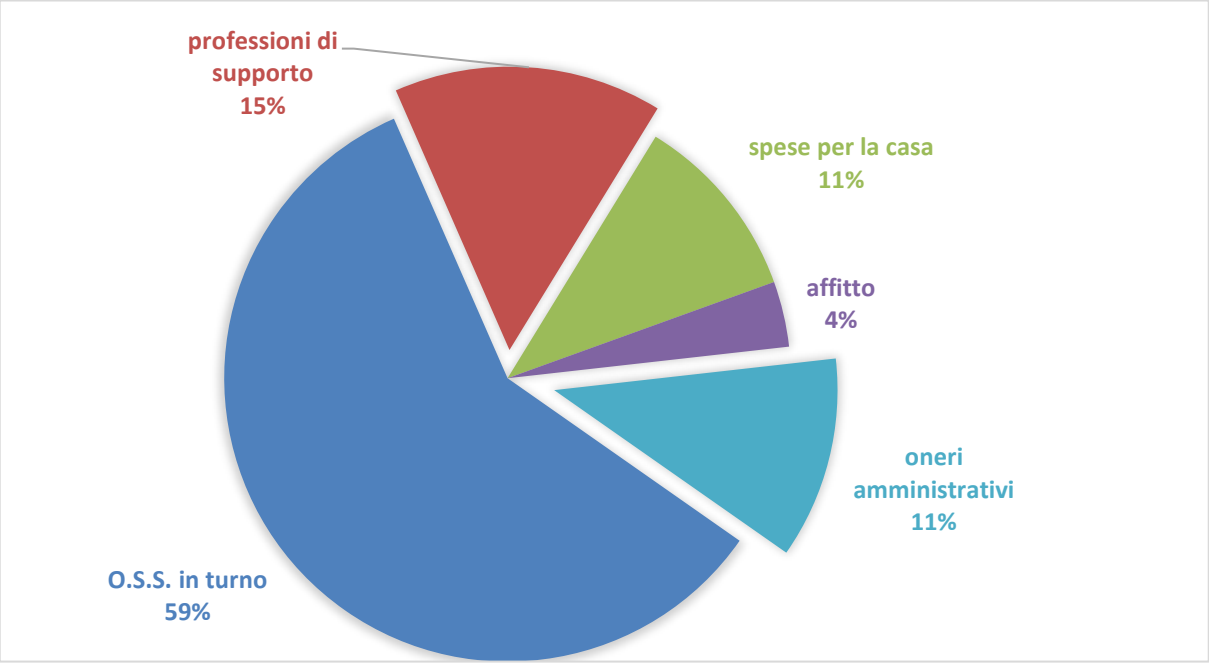
O.S.S.							
	Ore die	**Ore annue**	**Dotazione organico minimo**	***Costo annuo Personale per profilo***	**Costo Annuo**	**Costo giornaliero a ospite**	
Educatori	32.00	11'680.00	7.99	*36'620.80 €*	**292'458.60 €**	133.54	**7**

Figure professionali di supporto							
Assistente Sociale	3.00	1'095.00	0.75 €	*39'924.26 €*	**29'891.30 €**	€ 13.65	**8**
Coordinatore			1.00 €	*39'924.26 €*	**39'924.26 €**	€ 18.23	**8**
formatore e supervisore	0.11	39.00	0.03 €	*75'284.00 €*	**2'007.53 €**	€ 0.92	**9**
cuoco	-	- €	- €	*28'901.40 €*	**- €**	€ -	**10**
operatore reperibile notte (1.55 €/ora)	8.00	2'920.00			**4'526.00 €**	€ 2.07	**11**
totale professioni di supporto			1.78 €		**76'349.09 €**	€ 34.86	

COSTI VARIABILI come previsti nella determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).					**12**
I costi sono divisi per 8 persone e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ott-2019 che è pari a 1.01286					
n utenti standard			*6*		
		drl 884 dic 2017	**costo annuo con adeguam istat**		**note**
Costi alberghieri	Vitto	28'616.00 €	21'737.97 €	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**13**
	Pulizia	8'468.00 €	6'432.66 €	Costo standard (€ 0.07- Mq)	**14**
	Smaltimento rifiuti	701.00 €	532.51 €	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**15**
Totale costi alberghieri		37'785.00 €	**28'703.15 €**		
Costi di Struttura	Affitto	24'480.00 €	18'596.08 €	Costo standard (€ 5.81 - Mq/mese)	**16**
	Manutenzione	1'958.00 €	1'487.38 €	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**17**
	Utenze	12'585.00 €	9'560.12 €	Costo standard	**18**
Totale costi di struttura		39'023.00 €	**29'643.58 €**		
Costi generali	Assicurazione	1'606.00 €	1'219.99 €	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**19**
	Automezzo	6'204.00 €	4'712.83 €	Costo standard (€ 0.4713 - Km)	**20**
	Altro	10'220.00 €	7'763.56 €	Costo standard - Utente/die	**21**
Totale costi generali		18'030.00 €	**13'696.38 €**		
Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri			**72'043.11 €**		

totali				
		all'anno	al giorno a ospite	
totale Educatori in turno		292'458.60 €	€ 133.54	**22**
totale professioni di supporto		76'349.09 €	€ 34.86	**23**
totale spese per la casa		72'043.11 €	€ 32.90	**24**
oneri amministrativi	13.00%	57'310.60 €	€ 26.17	**25**
totale		498'161.40 €	**€ 227.47**	

calcolo della retta				
		all'anno	al giorno a ospite	
costo annuo a persona previsto per l'ente pubblico		83'026.90 €	€ 227.47	**26**
% presenza in struttura	89%		€ 28.11	**27**
iva	5%		€ 12.78	**28**
totale retta necessaria a persona			**€ 268.36**	



plus/minus					
plus	**parametro**	**unità di misura**	**costo pacchetto minimo (per giorno)**	**costo aggiuntivo massimo (per giorno)**	
necessità tutelari	ore O.S.S. individuali aggiuntive	pacchetto di 2h/die	€ 44.62	€ 133.86	
opportunità educative	budget forfettario settimanale	attività educative programmate	€ 4.00	€ 8.00	
minus	**parametro**				
frequenza centro diurno	sottrazione 6 ore di oss			-€ 33.47	
	sottrazione del 30% di coordinatore			-€ 5.47	

Le note si trovano a pagina 104

Calcolo dei costi per una casa per otto adolescenti

Calcolo ore di lavoro per gli operatori in turno							
	da	**a**	**ore**	**operatori con 8 ospiti**	**ore giornaliere**	**ore anno**	**note**
Ore diurne educ. pro	6:00	22:00	16 h.	2	32 h.	11'680.00 h.	**1**
Ore notte educ. pro	22:00	6:00	8 h.	1	8 h.	2'920.00 h.	**1**
tot					**40.00 h.**	**14'600.00 h.**	

calcolo ore lavorate					
calcolo ore in turno			**calcolo ore di riunione**		
	ore anno			**numero lav**	**2**
Ore contrattuali	1976		Operatori	10.00	
Ferie	165		In turno	2.00	
Festività e festività soppresse	108		Smonto	1.00	
Assemblee sindacali	12		In ferie	0.84	
Malattia, gravidanza, infortunio	120		Malattia	0.61	
			altre assenze	0.22	
Diritto allo studio	3		Partecipanti:	5.33	**3**
Formazione professionale	8		N. riunioni anno	52.00	**4**
Formazione, permessi R.L.S.(	12		Durata riunione ore	2.00	
Formazione	30		Ore anno riunione	554.65	
Riunioni èquipe	*55.47*		Ore riun, a lav. (ore anno/n. operatori: 554.65/10.00)	***55.47***	
Ore mediamente lavorate	**1'462.53**				**5**

costo del lavoro							
	liv	c1	D2	D3	E2		
lordo annuo		31'129.10 €	34'936.84 €	38'088.40 €	41'972.02 €		**6**
irap	4.82%	1'500.42 €	1'683.96 €	1'835.86 €	2'023.05 €		
totale		**32'629.52 €**	**36'620.80 €**	**39'924.26 €**	**43'995.07 €**		
Costo orario turno		**€ 22.31**	**€ 25.04**	**€ 27.30**	**€ 30.08**		**5**

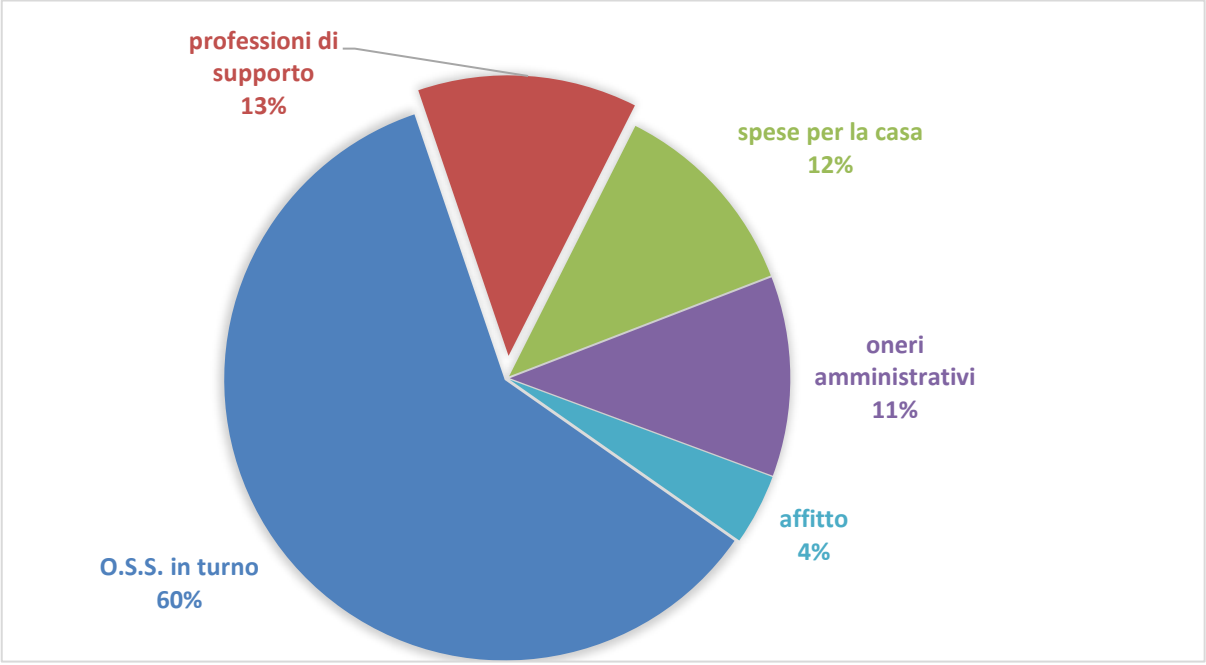
O.S.S.							
	Ore die	**Ore annue**	**Dotazione organico minimo**	***Costo annuo Personale per profilo***	**Costo Annuo**	**Costo giornaliero a ospite**	
Educatori	40.00	14'600.00	9.98	*36'620.80 €*	**365'573.25 €**	125.20	**7**

Figure professionali di supporto							
Assistente Sociale	3.00	1'095.00	0.75 €	*39'924.26 €*	**29'891.30 €**	€ 10.24	**8**
Coordinatore			1.00 €	*39'924.26 €*	**39'924.26 €**	€ 13.67	**8**
formatore e supervisore	0.14	52.00	0.04 €	*75'284.00 €*	**2'676.70 €**	€ 0.92	**9**
cuoco	-	- €	- €	*28'901.40 €*	**- €**	€ -	**10**
operatore reperibile notte (1.55 €/ora)	8.00	2'920.00			**4'526.00 €**	€ 1.55	**11**
totale professioni di supporto			1.78 €		**77'018.26 €**	€ 26.38	

COSTI VARIABILI come previsti nella determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).					**12**
I costi sono divisi per 8 persone e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ott-2019 che è pari a 1.01286					
n utenti standard			*8*		
		drl 884 dic 2017	**costo annuo con adeguam istat**		**note**
Costi alberghieri	Vitto	28'616.00 €	28'983.96 €	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**13**
	Pulizia	8'468.00 €	8'576.89 €	Costo standard (€ 0.12- Mq)	**14**
	Smaltimento rifiuti	701.00 €	710.01 €	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**15**
Totale costi alberghieri		37'785.00 €	**38'270.86 €**		
Costi di Struttura	Affitto	24'480.00 €	24'794.78 €	Costo standard (€ 10.33 - Mq/mese)	**16**
	Manutenzione	1'958.00 €	1'983.18 €	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**17**
	Utenze	12'585.00 €	12'746.82 €	Costo standard	**18**
Totale costi di struttura		39'023.00 €	**39'524.78 €**		
Costi generali	Assicurazione	1'606.00 €	1'626.65 €	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**19**
	Automezzo	6'204.00 €	6'283.77 €	Costo standard (€ 0.6284 - Km)	**20**
	Altro	10'220.00 €	10'351.41 €	Costo standard - Utente/die	**21**
Totale costi generali		18'030.00 €	**18'261.84 €**		
Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri			**96'057.48 €**		

totali				
		all'anno	al giorno a ospite	
totale Educatori in turno		365'573.25 €	€ 125.20	**22**
totale professioni di supporto		77'018.26 €	€ 26.38	**23**
totale spese per la casa		96'057.48 €	€ 32.90	**24**
oneri amministrativi	13.00%	70'024.37 €	€ 23.98	**25**
totale		608'673.36 €	**€ 208.45**	

calcolo della retta				
		all'anno	al giorno a ospite	
costo annuo a persona previsto per l'ente pubblico		76'084.17 €	€ 208.45	**26**
% presenza in struttura	89%		€ 25.76	**27**
iva	5%		€ 11.71	**28**
totale retta necessaria a persona			**€ 245.92**	



plus/minus					
plus	**parametro**	**unità di misura**	**costo pacchetto minimo (per giorno)**	**costo aggiuntivo massimo (per giorno)**	
necessità tutelari	ore O.S.S. individuali aggiuntive	pacchetto di 2h/die	€ 44.62	€ 133.86	
opportunità educative	budget forfettario settimanale	attività educative programmate	€ 4.00	€ 8.00	
minus	**parametro**				
frequenza centro diurno	sottrazione 6 ore di oss			-€ 33.47	
	sottrazione del 30% di coordinatore			-€ 4.10	

Le note si trovano a pagina 104

riepilogo dei costi annuali per tutte le strutture					
	intensità assistenziale	*n ospiti*	*retta necessaria*	*costo annuo*	*retta attuale iva esclusa*
Dettaglio dei costi di una casa per otto persone con disabilità ad alto bisogno assistenziale	1 a 4	8	225.10 €	657'279.23 €	€ 103.01
	1 a 4 assente la matt	8	187.87 €	548'574.08 €	
	1 a 2	8	358.96 €	1048'154.87 €	€ 141.27
	1 a 2 ass la mattina	8	321.73 €	939'449.72 €	
Progetti di semiautonomia per persone con disabilità	1 a 4	6	74.52 €	163'188.73 €	€ -
	1 a 4 assente la matt	6	61.76 €	159'064.47 €	
Dettaglio dei costi di una casa per quattro persone con disabilità legge "dopodinoi"	1 a 2	4	385.91 €	563'425.14 €	€ 127.00
	1 a 2 ass la mattina	4	348.68 €	509'072.56 €	
Casa per 8 persone con disabilità a bassa intensità assistenziale	1 a 4	8	247.92 €	723'938.49 €	€ -
	1 a 4 assente la matt	8	255.92 €	747'298.49 €	
	1 a 2	8	247.92 €	723'938.49 €	€ -
	1 a 2 ass la mattina	8	255.92 €	747'298.49 €	
Casa famiglia per bambini	1 a 4	6	268.36 €	587'718.51 €	€ 95.00
	1 a 4 assente la matt	6	229.43 €	502'452.05 €	€ 95.00
	1 a 2	6	402.23 €	880'875.24 €	
	1 a 2 ass la mattina	6	368.76 €	807'586.06 €	
Casa famiglia per adolescenti	1 a 4	8	245.92 €	718'097.79 €	€ 95.00
	1 a 4 assente la matt	8	208.36 €	608'401.60 €	€ 95.00
	1 a 2	8	379.79 €	1108'973.43 €	
	1 a 2 ass la mattina	8	346.32 €	1011'254.52 €	

Si vedano le note a pagina 104

Costi "alberghieri", "di struttura" e "generali"

COSTI VARIABILI come previsti nella determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).						**2**
I costi sono divisi per 8 persone e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ott-2019 che è pari a 1.01286						
n utenti standard				*8*		
		drl 884 dic 2017	**costo utente die**	**adeguam istat**	**note**	
Costi alberghieri	Vitto	€ 28,616.00	€ 9.80	€ 9.93	Costo standard (€ 9.93 - Utente/die)	**3**
	Pulizia e sanificazione	€ 8,468.00	€ 2.90	€ 2.94	Costo standard (€ 0.12)- Mq)	**4**
	Smaltimento rifiuti	€ 701.00	€ 0.24	€ 0.24	Costo standard (€ 0.24 - Utente/die)	**5**
Totale costi alberghieri		€ 37,785.00	€ 12.94	**€ 13.11**		
costo stimato di un singolo pasto				*€ 3.61*	36% del costo giornaliero	**3a**
COSTI GENERALI E DI STRUTTURA						
Costi di Struttura	Affitto	€ 24,480.00	€ 8.38	€ 8.49	Costo standard (€ 10.33 - Mq/mese)	**6**
	Manutenzione	€ 1,958.00	€ 0.67	€ 0.68	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)	**7**
	Utenze	€ 12,585.00	€ 4.31	€ 4.37	Costo standard	**8**
Totale costi di struttura		€ 39,023.00	€ 13.36	**€ 13.54**		
Costi generali	Assicurazione	1606	€ 0.55	€ 0.56	Costo standard (€ 0.56 - Utente/die)	**9**
	Automezzo	6204	€ 2.12	€ 2.15	Costo standard (€ 0.6284 - Km)	**10**
	Altro	10220	€ 3.50	€ 3.55	Costo standard (€ 3.55 - Utente/die)	**11**
Totale costi generali		€ 18,030.00	€ 6.17	**€ 6.25**		
Totale dei costi generali, di struttura e alberghieri (al giorno a persona)				**€ 32.90**		

Per la spiegazione di questa pagina si vedano le note a pagina 104

REGIONE LAZIO

REGIONE LAZIO

Direzione Regionale: SALUTE E POLITICHE SOCIALI

Area: POLITICHE PER L'INCLUSIONE

DETERMINAZIONE

N. G18163 **del** 21/12/2017 **Proposta n.** 21413 **del** 29/11/2017

Oggetto: ***Presenza annotazioni contabili***

Deliberazione della Giunta Regionale del 9 agosto 2017, n. 537. Applicazione dei parametri relativi alle tariffe/rette per i servizi residenziali per l'accoglienza dei minori nelle strutture previste dalla deliberazione della Giunta regionale 1305/2004 e ss. mm e ii. Impegno e autorizzazione alla liquidazione in favore di Roma Capitale e degli Enti Capofila dei Distretti Socio Sanitari degli stanziamenti per l'anno 2017 relativi alla compartecipazione per l' adeguamento delle rette dei minori in strutture residenziali - Misura 4.2 dei Piani Sociali di Zona distrettuali di cui all'art. 48 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 – Impegno somma complessiva di euro 3.000.000,00 sul capitolo H41918 (Programma 05 della Missione 12 Aggregato 1.04.01.02.003) dell'esercizio finanziario 2017.

Proponente:

Costi del personale	Ore annue	Dotazione organico minimo	Costo Personale per profilo	Costo Annuo Personale	Ore effettive per FTE
Coordinatore		1,00	€ 40.000	€ 40.000	1.820
Educatore professionale	4.790	2,63	€ 35.724	€ 93.954	
Educatore notturno	2.920	1,60	€ 35.724	€ 57.315	
Totale		5,23		€ 191.270	

Costi complessivi			Casa famiglia	Note
COSTI VARIABILI	Costo del personale	Retribuzioni	€ 191.270,00	
	Totali Costi del Personale		**€ 191.27,00**	
		Vitto	€ 28.616,00	Costo standard (€ 9,80) - Utente/die
		Pulizia e sanificazione	€ 8.468,00	Costo standard (€ 0,12) - Mq
		Smaltimento rifiuti	€ 701,00,00	Costo standard (€ 0,24) - Utente/die
	Totale Costi Alberghieri e di degenza		**€ 37.785,00**	
	Totale costi Variabili		**€ 229.054,00**	
COSTI GENERALI E DI STRUTTURA	Costi di Struttura	Affitto	€ 24.480,00	Costo standard (€ 10,20) - Mq/mese
		Manutenzione	€ 1.958,00	(5% Ordinaria e 3% Straordinaria)
		Utenze	€ 12.585,00	Costo standard
	Totali Costi di Struttura		**€39.024,00**	
		Assicurazione	€ 1.606,00	Costo standard (€0,55) - utente die
		Automezzo	€ 6.204,00	Costo standard (€ 0,6204) - Km
		Altro	€ 10.220,00	Costi standard - utente die
	Totali Costi Generali		**€ 18.030,00**	
	Totale costi Generali e di struttura		**€ 57.054,00**	
		Totale Costi	**€286.108,00**	

TENUTO CONTO che i costi annui complessivi così determinati andranno divisi per i seguenti ulteriori parametri al fine di determinare il relativo costo giornaliero:

Copia

Costi "variabili" per ogni struttura residenziale

Regione Lazio

DIREZIONE SEGRETARIO GENERALE

Atti dirigenziali di Gestione

Decreto 12 aprile 2017, n. G04762

Decreto del Commissario ad acta – esecuzione Sentenza TAR Lazio, Sez. III quater, n. 11491 del 17 novembre 2016 – Definizione delle tariffe per la riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Tab. 3

Figura professionale	Costo Personale per profilo
Infermiere	€ 40.000
Infermiere coordinatore	€ 44.000
Terapista della riabilitazione	€ 38.000
Terapista della riabilitazione coordinatore	€ 41.800
O.S.S.	€ 31.400
Assistente sociale	€ 31.000
Psicologo	€ 42.000
Medico Responsabile	€ 79.700

Le note si trovano a pagina 104

Tabelle costo del lavoro

1.6. MINISTERO DEL LAVORO DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI - costo del lavoro

NAZIONALE

Livelli	A1	A2	B1	B1 con i.f.	C1	C2	C3/D1
Minimi contr.li conglobati mensili	1,184.19	1,195.13	1,250.81	1,250.81	1,345.21	1,385.50	1,426.41
Anzianità (3 scatti)	34.86	40.29	48.81	48.81	55.77	58.89	61.98
indennità professionali							
Indennità di funzione				46.48			
Altre indennità	30.20	30.48	31.90	31.90	34.30	35.33	36.37
Lordo mensile	1,249.25	1,265.90	1,331.52	1,378.00	1,435.28	1,479.72	1,524.76
TOT. LORDO ANNUO+TREDICESIMA	16,240.25	16,456.70	17,309.76	17,914.00	18,658.64	19,236.36	19,821.88
Oneri previd. e ass.vi							
Inps (26,90%)	4,368.63	4,426.85	4,656.33	4,818.87	5,019.17	5,174.58	5,332.09
Inail (3%)	487.21	493.70	519.29	537.42	559.76	577.09	594.66
TOT. ONERI PREVID.LI E ASS.VI	4,855.83	4,920.55	5,175.62	5,356.29	5,578.93	5,751.67	5,926.74
Trattamento fine rapporto	1,202.98	1,219.01	1,282.20	1,326.96	1,382.12	1,424.92	1,468.29
Rivalutazione T.F.R. (3,036419%)	238.41	241.58	254.11	262.98	273.91	282.39	290.98
Previdenza complementare (1%)	162.40	164.57	173.10	179.14	186.59	192.36	198.22
Assistenza Sanitaria Integrativa	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
COSTO ANNUO	22,759.88	23,062.42	24,254.79	25,099.37	26,140.19	26,947.70	27,766.11
Idennità di turno (11,7%)	2,636.87	2,672.02	2,810.53	2,908.64	3,029.54	3,123.34	3,218.41
TOT. COSTO ANNUO	25,396.75	25,734.44	27,065.31	28,008.00	29,169.73	30,071.04	30,984.52
costo orario prima delle tasse	16.41	16.62	17.48	18.09	18.84	19.43	20.02
INCIDENZA IRAP (0% dal 2015!!)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
INCIDENZA IRES (27,5% IRAP)		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOT. COSTO ORARIO (1)	**16.41**	**16.62**	**17.48**	**18.09**	**18.84**	**19.43**	**20.02**
tot costo annuo	**€ 25,397**	**€ 25,734**	**€ 27,065**	**€ 28,008**	**€ 29,170**	**€ 30,071**	**€ 30,985**

ORARIO DI LAVORO	
Ore teoriche (38 ore x 52 settimane)	1,976.00
Ore mediamente non lavorate	428
Così suddivise	
Ferie	165
Festività e festività soppresse	108
Assemblee sindacali	12
Malattia, gravidanza, infortunio	120
Diritto allo studio	3
Formazione professionale	8
Formazione, permessi R.L.S.(L.626/94)	12
Ore mediamente lavorate	1,548.00

Tabelle costo del lavoro

1.6. MINISTERO DEL LAVORO DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI - costo del lavoro

marzo 2013

C3/D1 con i.p.	D2	D2 con i.p.	D3/E1	E2	E2 con i.p.	F1	F1 con i.p.	F2	F2 con i.d.
1,426.41	1,504.67	1,504.67	1,601.80	1,728.90	1,728.90	1,909.51	1,909.51	2,180.73	2,180.73
61.98	69.72	69.72	80.58	94.50	94.50	118.53	118.53	139.44	139.44
61.97		154.94			258.23		258.23		232.41
				77.47		154.94		232.41	
36.37	38.37	38.37	40.85	44.09	44.09	48.69	48.69	55.61	55.61
1,586.73	1,612.76	1,767.70	1,723.23	1,944.96	2,125.72	2,231.67	2,334.96	2,608.19	2,540.19
20,627.49	20,965.88	22,980.10	22,401.99	25,284.48	27,634.36	29,011.71	30,354.48	33,906.47	33,022.47
5,548.79	5,639.82	6,181.65	6,026.14	6,801.53	7,433.64	7,804.15	8,165.36	9,120.84	8,883.04
618.82	628.98	689.40	672.06	758.53	829.03	870.35	910.63	1,017.19	990.67
6,167.62	6,268.80	6,871.05	6,698.20	7,560.06	8,262.67	8,674.50	9,075.99	10,138.03	9,873.72
1,527.96	1,553.03	1,702.23	1,659.41	1,872.92	2,046.99	2,149.02	2,248.48	2,511.59	2,446.11
302.81	307.78	337.35	328.86	371.18	405.67	425.89	445.60	497.75	484.77
206.27	209.66	229.80	224.02	252.84	276.34	290.12	303.54	339.06	330.22
60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
28,892.16	29,365.14	32,180.53	31,372.47	35,401.48	38,686.04	40,611.24	42,488.10	47,452.91	46,217.29
3,349.22	3,404.16	3,731.20	3,637.34	4,105.36	4,486.90	4,710.53	4,928.55	5,505.28	5,361.75
32,241.37	32,769.30	35,911.73	35,009.81	39,506.84	43,172.94	45,321.77	47,416.65	52,958.18	51,579.04
20.83	21.17	23.20	22.62	25.52	27.89	29.28	30.63	34.21	33.32
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
20.83	**21.17**	**23.20**	**22.62**	**25.52**	**27.89**	**29.28**	**30.63**	**34.21**	**33.32**
€ 32,241	**€ 32,769**	**€ 35,912**	**€ 35,010**	**€ 39,507**	**€ 43,173**	**€ 45,322**	**€ 47,417**	**€ 52,958**	**€ 51,579**

Tabelle costo del lavoro

NAZIONALE

Livelli	A1	A2	B1	B1 con i.f.	C1	C2	C3/D1
Minimi contr.li conglobati mensili	1,184.19	1,195.13	1,250.81	1,250.81	1,345.21	1,385.50	1,426.41
aumenti 2019	**30.81**	**31.10**	**32.54**	**32.54**	**35.00**	**36.05**	**37.11**
Anzianità (3 scatti)	34.86	40.29	48.81	48.81	55.77	58.89	61.98
indennità professionali							
Indennità di funzione				46.48			
Altre indennità	30.98	31.27	32.73	32.73	35.20	36.25	37.32
Lordo mensile	1,280.84	1,297.79	1,364.89	1,411.37	1,471.18	1,516.69	1,562.82
TOT. LORDO ANNUO+TREDICESIMA	16,650.92	16,871.27	17,743.57	18,347.81	19,125.34	19,716.97	20,316.66
Oneri previd. e ass.vi							
Inps (27.33%)	4,550.70	4,610.92	4,849.32	5,014.46	5,226.96	5,388.65	5,552.54
Inail (3.00%)	499.53	506.14	532.31	550.43	573.76	591.51	609.50
TOT. ONERI PREVID.LI E ASS.VI	5,050.23	5,117.06	5,381.63	5,564.89	5,800.72	5,980.16	6,162.04
Trattamento fine rapporto	1,233.40	1,249.72	1,314.34	1,359.10	1,416.69	1,460.52	1,504.94
Rivalutazione T.F.R. (2.24184%)	165.91	168.10	176.79	182.81	190.56	196.46	202.43
Previdenza complementare (1.50%)	249.76	253.07	266.15	275.22	286.88	295.75	304.75
Assistenza Sanitaria Integrativa	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Contr sol su san int	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
ERT/PTR							
Costi gen. sicurezza	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
'Idennità di turno (11.7%)	2,702.75	2,738.52	2,880.11	2,978.19	3,104.40	3,200.43	3,297.77
TOT. COSTO ANNUO (c. turno)	26,318.97	26,663.74	28,028.59	28,974.02	30,190.59	31,116.29	32,054.59
Costo annuo senza turno TI	23,616.22	23,925.22	25,148.48	25,995.83	27,086.19	27,915.86	28,756.82
costo orario senza turno TI	15.26	15.46	16.25	16.79	17.50	18.03	18.58
Costo annuo con turno TI	26,318.97	26,663.74	28,028.59	28,974.02	30,190.59	31,116.29	32,054.59
Costo orario con turno TI	17.00	17.22	18.11	18.72	19.50	20.10	20.71
Costo annuo senza turno TD	24,517.14	24,838.06	26,108.52	26,988.56	28,120.99	28,982.67	29,856.08
INCIDENZA IRAP s turno (3.90%)	0.58	0.59	0.62	0.64	0.67	0.69	0.71
costo orario senza turno TD	15.84	16.05	16.87	17.43	18.17	18.72	19.29
Costo annuo con turno TD	27,325.30	27,683.38	29,100.95	30,082.90	31,346.46	32,307.92	33,282.46
INCIDENZA IRAP c turno (3.90%)	0.65	0.66	0.69	0.72	0.75	0.77	0.79
Costo orario con turno TD	17.65	17.88	18.80	19.43	20.25	20.87	21.50

ORARIO DI LAVORO	
Ore teoriche (38 ore x 52 settimane)	1,976.00
Ore mediamente non lavorate	428
Così suddivise	
Ferie	165
Festività e festività soppresse	108
Assemblee sindacali	12
Malattia, gravidanza, infortunio	120
Diritto allo studio	3
Formazione professionale	8
Formazione, permessi R.L.S.(L.626/94)	12.00
Ore mediamente lavorate	1548

Tabelle costo del lavoro

novembre 2019

i.p.	D2	D2 con i.p.	D3/E1	E2	E2 con i.p.	F1	F1 con i.p.	F2	F2 con i.d.
1,426.41	1,504.67	1,504.67	1,601.80	1,728.90	1,728.90	1,909.51	1,909.51	2,180.73	2,180.73
37.11	**39.15**	**39.15**	**41.68**	**44.98**	**44.98**	**49.68**	**49.68**	**56.74**	**56.74**
61.98	69.72	69.72	80.58	94.50	94.50	118.53	118.53	139.44	139.44
61.97		154.94			258.23		258.23		232.41
				77.47		154.94		232.41	
37.32	39.37	39.37	41.91	45.23	45.23	49.96	49.96	57.06	57.06
1,624.79	1,652.91	1,807.85	1,765.97	1,991.08	2,171.84	2,282.62	2,385.91	2,666.38	2,666.38
21,122.27	21,487.83	23,502.05	22,957.61	25,884.04	28,233.92	29,674.06	31,016.83	34,662.94	34,662.94
5,772.72	5,872.62	6,423.11	6,274.31	7,074.11	7,716.33	8,109.92	8,476.90	9,473.38	9,473.38
633.67	644.63	705.06	688.73	776.52	847.02	890.22	930.50	1,039.89	1,039.89
6,406.39	6,517.25	7,128.17	6,963.04	7,850.63	8,563.35	9,000.14	9,407.40	10,513.27	10,513.27
1,564.61	1,591.69	1,740.89	1,700.56	1,917.34	2,091.40	2,198.08	2,297.54	2,567.63	2,567.63
210.46	214.10	234.17	228.74	257.90	281.32	295.66	309.04	345.37	345.37
316.83	322.32	352.53	344.36	388.26	423.51	445.11	465.25	519.94	519.94
60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
3,428.54	3,487.87	3,814.82	3,726.44	4,201.46	4,582.89	4,816.65	5,034.60	5,626.44	5,626.44
33,315.10	33,887.06	37,038.63	36,186.75	40,765.63	44,442.39	46,695.70	48,796.66	54,501.59	54,501.59
29,886.56	30,399.19	33,223.81	32,460.31	36,564.17	39,859.50	41,879.05	43,762.06	48,875.15	48,875.15
19.31	19.64	21.46	20.97	23.62	25.75	27.05	28.27	31.57	31.57
33,315.10	33,887.06	37,038.63	36,186.75	40,765.63	44,442.39	46,695.70	48,796.66	54,501.59	54,501.59
21.52	21.89	23.93	23.38	26.33	28.71	30.17	31.52	35.21	35.21
31,029.41	31,561.81	34,495.42	33,702.46	37,964.66	41,387.13	43,484.60	45,440.26	50,750.63	50,750.63
0.74	0.75	0.82	0.80	0.90	0.99	1.04	1.08	1.21	1.21
20.04	20.39	22.28	21.77	24.52	26.74	28.09	29.35	32.78	32.78
34,591.66	35,185.71	38,459.01	37,574.23	42,329.97	46,148.75	48,489.10	50,671.21	56,596.50	56,596.50
0.82	0.84	0.92	0.90	1.01	1.10	1.16	1.21	1.35	1.35
22.35	22.73	24.84	24.27	27.34	29.81	31.32	32.73	36.56	36.56

Tabelle costo del lavoro

NAZIONALE

Livelli	A1	A2	B1	B1 con i.f.	C1	C2	C3/D1
Minimi contr.li conglobati mensili	1,184.19	1,195.13	1,250.81	1,250.81	1,345.21	1,385.50	1,426.41
aumenti 2019	**52.82**	**53.31**	**55.79**	**55.79**	**60.00**	**61.80**	**63.62**
Anzianità (3 scatti)	34.86	40.29	48.81	48.81	55.77	58.89	61.98
indennità professionali							
Indennità di funzione				46.48			
Altre indennità	31.54	31.84	33.32	33.32	35.83	36.91	38.00
Lordo mensile	1,303.41	1,320.57	1,388.73	1,435.21	1,496.81	1,543.10	1,590.01
TOT. LORDO ANNUO+TREDICESIMA	16,944.33	17,167.41	18,053.49	18,657.73	19,458.53	20,060.30	20,670.13
Oneri previd. e ass.vi							
Inps (27.33%)	4,630.89	4,691.85	4,934.02	5,099.16	5,318.02	5,482.48	5,649.15
Inail (3.00%)	508.33	515.02	541.60	559.73	583.76	601.81	620.10
TOT. ONERI PREVID.LI E ASS.VI	5,139.22	5,206.87	5,475.62	5,658.89	5,901.78	6,084.29	6,269.25
Trattamento fine rapporto	1,255.14	1,271.66	1,337.30	1,382.05	1,441.37	1,485.95	1,531.12
Rivalutazione T.F.R. (2.24184%)	168.83	171.05	179.88	185.90	193.88	199.88	205.95
Previdenza complementare (1.5%)	254.16	257.51	270.80	279.87	291.88	300.90	310.05
Assistenza Sanitaria Integrativa	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Contr sol su san int	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
ERT/PTR							
Costi gen. sicurezza	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
'Idennità di turno (11.7%)	2,750.38	2,786.59	2,930.42	3,028.49	3,158.48	3,256.16	3,355.14
Costo annuo senza turno TI	24,027.68	24,340.50	25,583.09	26,430.44	27,553.44	28,397.32	29,252.50
costo orario senza turno TI	15.52	15.72	16.53	17.07	17.80	18.34	18.90
Costo annuo con turno TI	26,778.06	27,127.09	28,513.51	29,458.93	30,711.92	31,653.48	32,607.64
Costo orario con turno TI	17.30	17.52	18.42	19.03	19.84	20.45	21.06
Costo annuo senza turno TD	24,944.47	25,269.36	26,559.90	27,439.94	28,606.27	29,482.71	30,370.88
INCIDENZA IRAP s turno (3.90%)	0.59	0.60	0.63	0.65	0.68	0.70	0.72
costo orario senza turno TD	16.11	16.32	17.16	17.73	18.48	19.05	19.62
Costo annuo con turno TD	27,802.12	28,164.63	29,604.60	30,586.54	31,887.93	32,865.86	33,856.87
INCIDENZA IRAP c turno (3.90%)	0.66	0.67	0.70	0.73	0.76	0.78	0.81
Costo orario con turno TD	17.96	18.19	19.12	19.76	20.60	21.23	21.87

ORARIO DI LAVORO	
Ore teoriche (38 ore x 52 settimane)	1976
Ore mediamente non lavorate	428
Così suddivise	
Ferie	165
Festività e festività soppresse	108
Assemblee sindacali	12
Malattia, gravidanza, infortunio	120
Diritto allo studio	3
Formazione professionale	8
Formazione, permessi R.L.S.(L.626/94)	12.00
Ore mediamente lavorate	1548

Tabelle costo del lavoro

aprile 2020

C3/D1 con i.p.	D2	D2 con i.p.	D3/E1	E2	E2 con i.p.	F1	F1 con i.p.	F2	F2 con i.d.
1,426.41	1,504.67	1,504.67	1,601.80	1,728.90	1,728.90	1,909.51	1,909.51	2,180.73	2,180.73
63.62	**67.11**	**67.11**	**71.45**	**77.11**	**77.11**	**85.17**	**85.17**	**97.27**	**97.27**
61.98	69.72	69.72	80.58	94.50	94.50	118.53	118.53	139.44	139.44
61.97		154.94			258.23		258.23		232.41
				77.47		154.94		232.41	
38.00	40.08	40.08	42.67	46.05	46.05	50.86	50.86	58.09	58.09
1,651.98	1,681.58	1,836.52	1,796.50	2,024.03	2,204.79	2,319.01	2,422.30	2,707.94	2,707.94
21,475.74	21,860.54	23,874.76	23,354.50	26,312.39	28,662.27	30,147.13	31,489.90	35,203.22	35,203.22
5,869.32	5,974.49	6,524.97	6,382.78	7,191.18	7,833.40	8,239.21	8,606.19	9,621.04	9,621.04
644.27	655.82	716.24	700.64	789.37	859.87	904.41	944.70	1,056.10	1,056.10
6,513.59	6,630.31	7,241.21	7,083.42	7,980.55	8,693.27	9,143.62	9,550.89	10,677.14	10,677.14
1,590.80	1,619.30	1,768.50	1,729.96	1,949.07	2,123.13	2,233.12	2,332.59	2,607.65	2,607.65
213.98	217.81	237.88	232.70	262.17	285.58	300.38	313.76	350.76	350.76
322.14	327.91	358.12	350.32	394.69	429.93	452.21	472.35	528.05	528.05
60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
3,485.91	3,548.37	3,875.31	3,790.87	4,270.99	4,652.42	4,893.44	5,111.40	5,714.14	5,714.14
30,382.25	30,921.87	33,746.47	33,016.90	37,164.87	40,460.18	42,542.46	44,425.49	49,632.82	49,632.82
19.63	19.98	21.80	21.33	24.01	26.14	27.48	28.70	32.06	32.06
33,868.16	34,470.24	37,621.78	36,807.77	41,435.86	45,112.60	47,435.90	49,536.89	55,346.96	55,346.96
21.88	22.27	24.30	23.78	26.77	29.14	30.64	32.00	35.75	35.75
31,544.22	32,104.66	35,038.24	34,280.52	38,588.53	42,010.99	44,173.61	46,129.29	51,537.53	51,537.53
0.75	0.76	0.83	0.82	0.92	1.00	1.05	1.10	1.23	1.23
20.38	20.74	22.63	22.15	24.93	27.14	28.54	29.80	33.29	33.29
35,166.08	35,791.42	39,064.69	38,219.24	43,026.09	46,844.85	49,257.89	51,440.03	57,474.52	57,474.52
0.84	0.85	0.93	0.91	1.03	1.12	1.18	1.23	1.37	1.37
22.72	23.12	25.24	24.69	27.79	30.26	31.82	33.23	37.13	37.13

Tabelle costo del lavoro

NAZIONALE

Livelli	A1	A2	B1	B1 con i.f.	C1	C2	C3/D1
Minimi contr.li conglobati mensili	1,184.19	1,195.13	1,250.81	1,250.81	1,345.21	1,385.50	1,426.41
aumenti 2019	**70.43**	**71.08**	**74.39**	**74.39**	**80.00**	**82.40**	**84.83**
Anzianità (3 scatti)	34.86	40.29	48.81	48.81	55.77	58.89	61.98
indennità professionali							
Indennità di funzione				46.48			
Altre indennità	31.99	32.29	33.79	33.79	36.34	37.43	38.54
Lordo mensile	1,321.47	1,338.79	1,407.80	1,454.28	1,517.32	1,564.22	1,611.76
TOT. LORDO ANNUO+TREDICESIMA	17,179.11	17,404.27	18,301.40	18,905.64	19,725.16	20,334.86	20,952.88
Oneri previd. e ass.vi							
Inps (27.33%)	4,695.05	4,756.59	5,001.77	5,166.91	5,390.89	5,557.52	5,726.42
Inail (3.00%)	515.37	522.13	549.04	567.17	591.75	610.05	628.59
TOT. ONERI PREVID.LI E ASS.VI	5,210.42	5,278.72	5,550.81	5,734.08	5,982.64	6,167.57	6,355.01
Trattamento fine rapporto	1,272.53	1,289.21	1,355.66	1,400.42	1,461.12	1,506.29	1,552.07
Rivalutazione T.F.R. (2.24184%)	171.17	173.41	182.35	188.37	196.54	202.61	208.77
Previdenza complementare (1.5%)	257.69	261.06	274.52	283.58	295.88	305.02	314.29
Assistenza Sanitaria Integrativa	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
Contr. Sol. Su. San. Int. ERT/PTR	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
Costi gen. sicurezza	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
COSTO ANNUO (s turno)	24,356.92	24,672.67	25,930.74	26,778.09	27,927.34	28,782.35	29,649.02
'Idennità di turno (11.7%)	2,788.49	2,825.04	2,970.66	3,068.74	3,201.76	3,300.73	3,401.04
TOT. COSTO ANNUO (con turno)	27,145.41	27,497.71	28,901.40	29,846.83	31,129.10	32,083.08	33,050.06
Costo annuo senza turno TI	24,356.92	24,672.67	25,930.74	26,778.09	27,927.34	28,782.35	29,649.02
costo orario senza turno TI	15.73	15.94	16.75	17.30	18.04	18.59	19.15
Costo annuo con turno TI	27,145.41	27,497.71	28,901.40	29,846.83	31,129.10	32,083.08	33,050.06
Costo orario con turno TI	17.54	17.76	18.67	19.28	20.11	20.73	21.35
Costo annuo senza turno TD	25,287.05	25,614.99	26,921.64	27,801.70	28,995.32	29,883.34	30,783.48
INCIDENZA IRAP s turno (3.90%)	0.60	0.61	0.64	0.66	0.69	0.71	0.73
costo orario senza turno TD	16.34	16.55	17.39	17.96	18.73	19.30	19.89
Costo annuo con turno TD	28,184.37	28,550.28	30,008.23	30,990.20	32,322.04	33,312.89	34,317.25
INCIDENZA IRAP c turno (3.90%)	0.67	0.68	0.72	0.74	0.77	0.79	0.82
Costo orario con turno TD	18.21	18.44	19.39	20.02	20.88	21.52	22.17

ORARIO DI LAVORO	
Ore teoriche (38 ore x 52 settimane)	1976
Ore mediamente non lavorate	428
Così suddivise	
Ferie	165
Festività e festività soppresse	108
Assemblee sindacali	12
Malattia, gravidanza, infortunio	120
Diritto allo studio	3
Formazione professionale	8
Formazione, permessi R.L.S.(L.626/94)	12.00
Ore mediamente lavorate	1548

Tabelle costo del lavoro

set 2020

C3/D1 con i.p.	D2	D2 con i.p.	D3/E1	E2	E2 con i.p.	F1	F1 con i.p.	F2	F2 con i.d.
1,426.41	1,504.67	1,504.67	1,601.80	1,728.90	1,728.90	1,909.51	1,909.51	2,180.73	2,180.73
84.83	**89.48**	**89.48**	**95.26**	**102.81**	**102.81**	**113.56**	**113.56**	**129.69**	**129.69**
61.98	69.72	69.72	80.58	94.50	94.50	118.53	118.53	139.44	139.44
61.97		154.94			258.23		258.23		232.41
				77.47		154.94		232.41	
38.54	40.65	40.65	43.28	46.71	46.71	51.59	51.59	58.92	58.92
1,673.73	1,704.52	1,859.46	1,820.92	2,050.39	2,231.15	2,348.13	2,451.42	2,741.19	2,741.19
21,758.49	22,158.76	24,172.98	23,671.96	26,655.07	29,004.95	30,525.69	31,868.46	35,635.47	35,635.47
5,946.60	6,055.99	6,606.48	6,469.55	7,284.83	7,927.05	8,342.67	8,709.65	9,739.17	9,739.17
652.75	664.76	725.19	710.16	799.65	870.15	915.77	956.05	1,069.06	1,069.06
6,599.35	6,720.75	7,331.67	7,179.71	8,084.48	8,797.20	9,258.44	9,665.70	10,808.23	10,808.23
1,611.74	1,641.39	1,790.59	1,753.48	1,974.45	2,148.51	2,261.16	2,360.63	2,639.66	2,639.66
216.80	220.78	240.85	235.86	265.58	289.00	304.15	317.53	355.06	355.06
326.38	332.38	362.59	355.08	399.83	435.07	457.89	478.03	534.53	534.53
60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00	60.00
6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00
200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00	200.00
30,778.76	31,340.06	34,164.68	33,462.09	37,645.41	40,940.73	43,073.33	44,956.35	50,238.95	50,238.95
3,531.81	3,596.78	3,923.72	3,842.40	4,326.61	4,708.04	4,954.88	5,172.84	5,784.30	5,784.30
34,310.57	34,936.84	38,088.40	37,304.49	41,972.02	45,648.77	48,028.21	50,129.19	56,023.25	56,023.25
30,778.76	31,340.06	34,164.68	33,462.09	37,645.41	40,940.73	43,073.33	44,956.35	50,238.95	50,238.95
19.88	20.25	22.07	21.62	24.32	26.45	27.83	29.04	32.45	32.45
34,310.57	34,936.84	38,088.40	37,304.49	41,972.02	45,648.77	48,028.21	50,129.19	56,023.25	56,023.25
22.16	22.57	24.60	24.10	27.11	29.49	31.03	32.38	36.19	36.19
31,956.83	32,539.80	35,473.48	34,743.76	39,088.60	42,511.15	44,726.09	46,681.81	52,168.37	52,168.37
0.76	0.78	0.85	0.83	0.93	1.01	1.07	1.11	1.25	1.25
20.64	21.02	22.92	22.44	25.25	27.46	28.89	30.16	33.70	33.70
35,626.48	36,276.96	39,550.33	38,736.12	43,584.06	47,402.93	49,874.34	52,056.53	58,178.41	58,178.41
0.85	0.87	0.94	0.92	1.04	1.13	1.19	1.25	1.39	1.39
23.01	23.43	25.55	25.02	28.16	30.62	32.22	33.63	37.58	37.58

Dal Gennaio 1947 a Dicembre 2014

Anno	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	*MEDIA*
						Base 1961=100							
1947	51.68	52.78	54.29	59.15	62.06	66.1	68.23	71.98	75.7	75.49	72.2	69.99	***64.97***
1948	68.76	68.03	69.85	70.11	69.21	68.66	65.34	68.05	69.72	68.7	69.16	69.82	***68.79***
1949	70.79	70.41	70.72	71.74	71.67	70.86	68.89	69.72	69.38	67.85	68.02	67.5	***69.8***
1950	67.24	67.41	66.49	67.48	67.59	68.49	68.5	69.71	71.1	70.24	70.96	71.13	***68.86***
1951	72.14	73.43	73.83	75.5	75.59	76.6	76.57	76.3	76.27	76.48	76.95	76.91	***75.55***
1952	76.67	77.52	77.75	78.12	78.42	78.94	79.13	79.17	79.74	79.89	79.99	79.69	***78.76***
1953	79.57	79.72	79.71	80.49	80.97	81.2	79.99	79.76	80.12	80.43	80.82	80.63	***80.29***
1954	80.74	81.08	80.84	81.35	82.39	83.07	83.37	83.29	83.17	83.03	83.41	83.53	***82.45***
1955	83.5	83.31	83.5	84.19	84.96	85.53	85.22	85.36	85.1	85.08	85.44	86.01	***84.76***
1956	86.61	87.77	88.81	89.35	89.82	89.45	89.25	89.29	89.53	89.04	89.14	89.62	***88.98***
1957	90.5	89.96	89.52	89.46	89.78	89.96	90.51	90.59	91.01	91.75	92.4	92.93	***90.7***
1958	93.87	93.48	93.61	95.09	96.08	96.73	96.49	96.05	95.74	94.82	94.48	94.01	***95.04***
1959	94.38	94.11	93.85	94.02	94.28	94.26	94.15	94.29	94.75	95.38	95.98	96.28	***94.65***
1960	97.05	96.66	96.31	96.48	96.89	97.27	97.53	97.37	97.29	97.32	97.77	98.03	***97.16***
1961	98.81	98.86	98.92	99.52	99.87	100.03	99.91	100.1	100.4	100.55	101.31	101.78	***100.0***
1962	102.7	102.8	103.4	104.7	104.7	105.2	105.6	105.4	105.9	106.3	106.7	107.8	***105.1***
1963	109.6	111.6	112.1	112.7	112.7	112.7	112.6	112.8	113.9	115.0	115.0	115.7	***113.0***
1964	116.8	117.1	117.6	118.1	118.6	119.7	120.4	120.6	121.1	121.8	122.3	122.8	***119.7***
1965	123.4	123.6	123.9	124.2	124.6	124.9	125.3	125.4	125.6	125.7	125.8	126.3	***124.9***
	126.7	126.7	126.8	127.2	127.5	127.4	127.5	127.4	127.4	127.8	128.2	128.6	***127.4***
						Base 1966=100							
						Il coefficiente di raccordo tra la base 1961 e la base 1966=100 è pari a 1,2740							
	101.2	101.1	101.3	101.5	101.7	101.9	102.1	102.3	102.7	102.6	102.6	102.6	***102.0***
1968	103.0	102.9	103.0	103.2	103.3	103.2	103.1	103.2	103.4	103.5	103.6	104.0	***103.3***
1969	104.3	104.3	104.7	105.2	105.4	105.8	106.5	106.8	107.1	107.6	108.0	108.5	***106.2***
1970	109.1	109.9	110.2	110.7	111.1	111.3	111.5	111.8	112.7	113.2	113.8	114.3	***111.6***
						Base 1970=100							
						Il coefficiente di raccordo tra la base 1966 e la base 1970=100 è pari a 1,1160							
1971	102.8	103.1	103.6	103.9	104.5	104.8	105.2	105.4	106.1	106.6	106.9	107.1	***105.0***
1972	107.7	108.3	108.6	108.9	109.6	110.2	110.7	111.3	112.4	113.9	114.7	115.0	***110.9***
1973	116.4	117.5	118.5	119.9	121.6	122.4	123.0	123.6	124.2	125.6	127.0	129.1	***122.4***
1974	130.8	133.0	136.9	138.6	140.6	143.3	146.8	149.8	154.7	157.9	160.3	161.7	***146.2***
1975	163.6	165.5	165.7	168.0	169.1	170.8	171.8	172.7	174.3	176.5	178.0	179.7	***171.3***
1976	181.5	184.5	188.4	194.0	197.3	198.2	199.4	201.1	204.7	211.6	216.1	218.8	***199.6***
						Base 1976=100							
						Il coefficiente di raccordo tra la base 1970 e la base 1976=100 è pari a 1,9960							
1977	110.0	112.5	114.2	115.4	116.9	118.0	118.9	119.7	121.0	122.3	124.1	124.7	***118.1***
1978	125.9	127.2	128.5	129.9	131.3	132.4	133.4	134.0	135.8	137.3	138.5	139.5	***132.8***
1979	142.2	144.3	146.1	148.5	150.4	151.9	153.3	154.8	158.6	162.3	164.4	167.1	***153.7***
1980	172.6	175.6	177.2	180.0	181.6	183.3	186.4	188.3	192.3	195.6	199.7	202.3	***186.2***
						Base 1980=100							
						Il coefficiente di raccordo tra la base 1976 e la base 1980=100 è pari a 1,8620							
1981	110.1	112.1	113.7	115.3	116.9	118.1	119.1	119.9	121.6	124.0	126.1	127.4	***118.7***
1982	129.1	130.8	132.0	133.2	134.7	136.0	138.0	140.5	142.5	145.3	147.2	148.2	***138.1***
1983	150.3	152.3	153.7	155.3	156.8	157.7	159.2	159.8	161.9	164.6	166.3	167.1	***158.8***
1984	169.1	170.9	172.1	173.3	174.3	175.3	175.9	176.4	177.7	179.5	180.6	181.8	***175.6***
1985	183.7	185.6	186.9	188.5	189.6	190.6	191.2	191.6	192.4	194.7	196.1	197.4	***190.7***
						Base 1985=100							
						Il coefficiente di raccordo tra la base 1980 e la base 1985=100 è pari a 1,9070							
1986		104.7	105.1	105.4	105.8	106.2	106.2	106.4	106.7	107.3	107.7	108.0	***106.1***
1987	108.7	109.1	109.5	109.8	110.2	110.6	110.9	111.2	112.0	113.0	113.3	113.5	***111.0***
1988	114.1	114.4	114.9	115.3	115.6	116.0	116.3	116.8	117.4	118.3	119.3	119.7	***116.5***
1989	120.6	121.6	122.2	123.0	123.5	124.1	124.4	124.6	125.2	126.4	126.9	127.5	***124.2***

Base 1989=100

Il coefficiente di raccordo tra la base 1985 e la base 1989=100 è pari a 1,2420

1990	103.3	104.0	104.4	104.8	105.1	105.5	105.9	106.6	107.2	108.1	108.8	109.2	***106.1***
1991	110.0	111.0	111.3	111.8	112.2	112.8	113.0	113.3	113.8	114.7	115.5	115.8	***112.9***
1992	116.7	116.9	117.4	117.9	118.5	118.9	119.1	119.2	119.6	120.3	121.0	121.2	***118.9***

Base 1992=100

Il coefficiente di raccordo tra la base 1989 e la base 1992=100 è pari a 1,1890

1993	102.3	102.7	102.9	103.3	103.7	104.2	104.6	104.7	104.8	105.5	106.0	106.0	***104.2***
1994	106.6	107.0	107.2	107.5	107.9	108.1	108.4	108.6	108.9	109.5	109.9	110.3	***108.3***
1995	110.7	111.6	112.5	113.1	113.8	114.4	114.5	1,16/ora	115.2	115.8	116.5	116.7	***114.1***

Base 1995=100

Il coefficiente di raccordo tra la base 1992 e la base 1995=100 è pari a 1,1410

1996	102.4	102.7	103.0	103.6	104.0	104.2	104.0	104.1	104.4	104.5	104.8	104.9	***103.9***
1997	105.1	105.2	105.3	105.4	105.7	105.7	105.7	105.7	105.9	106.2	106.5	106.5	***105.7***
1998	106.8	107.1	107.1	107.3	107.5	107.6	107.6	107.7	107.8	108.0	108.1	108.1	***107.6***
1999	108.2	108.4	108.6	109.0	109.2	109.2	109.4	109.4	109.7	109.9	110.3	110.4	***109.3***
2000	110.5	111.0	111.3	111.4	111.7	112.1	112.3	112.3	112.5	112.8	113.3	113.4	***112.1***
2001	113.9	114.3	114.4	114.8	115.1	115.3	115.3	115.3	115.4	115.7	115.9	116.0	***115.1***
2002	116.5	116.9	117.2	117.5	117.7	117.9	118.0	118.2	118.4	118.7	119.0	119.1	***117.9***
2003	119.6	119.8	120.2	120.4	120.5	120.6	120.9	121.1	121.4	121.5	121.8	121.8	***120.8***
2004	122.0	122.4	122.5	122.8	123.0	123.3	123.4	123.6	123.6	123.6	123.9	123.9	***123.2***
2005	123.9	124.3	124.5	124.9	125.1	125.3	125.6	125.8	125.9	126.1	126.1	126.3	***125.3***
2006	126.6	126.9	127.1	127.4	127.8	127.9	128.2	128.4	128.4	128.2	128.3	128.4	***127.8***
2007	128.5	128.8	129.0	129.2	129.6	129.9	130.2	130.4	130.4	130.8	131.3	131.8	***130.0***
2008	132.2	132.5	133.2	133.5	134.2	134.8	135.4	135.5	135.2	135.2	134.7	134.5	***134.2***
2009	134.2	134.5	134.5	134.8	135.1	135.3	135.3	135.8	135.4	135.5	135.6	135.8	***135.2***
2010	136.0	136.2	136.5	137.0	137.1	137.1	137.6	137.9	137.5	137.8	137.9	138.4	***137.3***

Base 2010=100

Il coefficiente di raccordo tra la base 1995 e la base 2010=100 è pari a 1,3730

2011	101.2	101.5	101.9	102.4	102.5	102.6	102.9	103.2	103.2	103.6	103.7	104.0	***102.7***
2012	104.4	104.8	105.2	105.7	105.6	105.8	105.9	106.4	106.4	106.4	106.2	106.5	***105.8***
2013	106.7	106.7	106.9	106.9	106.9	107.1	107.2	107.6	107.2	107.1	106.8	107.1	***107.0***
2014	107.3	107.2	107.2	107.4	107.3	107.4	107.3	107.5	107.1	107.2	107.0	107.0	***107.2***
2015	106.5	106.8	107.0	107.1	107.2	107.3	107.2	107.4	107.0	107.2	107.0	107.0	**107.1**

Base 2015=100

Il coefficiente di raccordo tra la base 2010 e la base 2015=100 è pari a 1,0710

2016	99.7	99.5	99.6	99.6	99.7	99.9	100.0	100.2	100.0	100.0	100.0	100.3	**99.9**
2017	100.6	101.0	101.0	101.3	101.1	101.0	101.0	101.4	101.1	100.9	100.8	101.1	**101.0**
2018	101.5	101.5	101.7	101.7	102.0	102.2	102.5	102.9	102.4	102.4	102.2	102.1	**102.1**
2019	102.2	102.3	102.5	102.6	102.7	102.7	102.7	103.2	102.5	102.4	102.4	102.4	
2020													

A partire dal mese di febbraio 1992 gli indici vengono calcolati senza i 'TABACCHI'.

Il coefficiente di raccordo tra le due serie di indici - con e senza TABACCHI - è pari a 1,0009

PERIODO DI RIFERIMENTO: OTTOBRE 2019

DATA DI PUBBLICAZIONE: 15 NOVEMBRE 2019

PROSSIMA DIFFUSIONE: 16 DICEMBRE 2019

fonte: http://www.istat.it/it/archivio/30440

Nota: da dicembre 1995 (v. numero evidenziato in giallo) a novembre 2019 il costo della vita è aumentato di 1.4722 punti percentuali. Un oggetto che costava 100 nel 1995 costa oggi 147.22. Nel dicembre 1995 il Comune di Roma, con Deliberazione Giunta comunale del 29/12/1995 n. 4373 fissava la retta per le persone con grave disabilità in 210.000 Lire (€ 108.46), che, a novembre 2019, equivarrebbero a € 159.67. Senza considerare il notevolissimo aumento del costo del lavoro, più che triplicato da allora!

NOTE ESPLICATIVE

1) Monte ore. Viene calcolato il numero di ore di lavoro necessario per gli operatori che si occupano della assistenza diretta (O.S.S. o educatori, a seconda delle strutture). Nella Appendice che segue si trova un ampio approfondimento.

2) numero lavoratori a riunione. La riunione coinvolge tutti gli operatori e il coordinatore.

3) Partecipanti. Per conoscere questo numero, occorre sottrarre dal numero dei lavoratori in forza alla struttura coloro che sono assenti per vari motivi e coloro che sono già di turno quel giorno.

4) Ore di riunione all'anno per ciascun lavoratore. Secondo *Casa al Plurale* è indispensabile prevedere almeno una riunione settimanale di due ore. Dal totale di ore di riunione l'anno, si ottiene questo numero, dividendolo per il numero di operatori impegnati nella struttura residenziale.

5) Costo del lavoro. Si è preso come parametro di riferimento quanto previsto nel CCNL delle Cooperative Sociali del 2019, che prevede un costo totale annuo, per il livello degli O.S.S. in strutture sociali pari a 31'129 €. Segnaliamo rispetto al precedente contratto del 2013 un incremento pari al 10%.
Si specifica che tale valore è di molto inferiore a quanto previsto dalla Regione Lazio nella citata delibera DRL 884 2017 che prevedeva un costo lordo per gli O.S.S. di 31'400 € che moltiplicato per il coefficente di aumento contrattuale (+10%) intervenuto nel frattempo avrebbe comportato un costo annuo pari a 34'540 €.

7) Educatori. Nelle strutture per minori la gran parte della assistenza viene svolta dagli educatori, nelle case per persone con disabilità invece dagli O.S.S.

7) O.S.S. (Operatori Socio Sanitari). Nelle strutture sociali, la delibera Regione Lazio 1305/04, ai paragrafi II.A.3.5 (Figure Professionali) prevede che la funzione di O.S.S. possa essere svolta da: a) infermieri b) assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST); c) operatori socioassistenziali (OSA); d) operatori tecnici ausiliari (OTA); e) assistenti familiari; f) persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti; g) persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale come operatori in strutture e servizi socioassistenziali per disabili.

Nella prima colonna è evidenziato il numero di ore necessarie, calcolate come precisato nella nota 1.

8) Infermiere. Laddove previsto (nelle strutture sociosanitarie) oltre alle funzioni che gli sono proprie può svolgere la funzione di O.S.S. ai sensi della DGR Lazio 1305/04 paragrafo II.A.3.5.

8) Psicologo e Assistente sociale. Così come previsto dalla DGR Lazio n. 1305/2004 modificata dalle D.G.R. 124, 125 e 126/2015: par. V.A.3.5: "E' previsto il supporto programmato di uno Psicologo, di un Assistente sociale e, in presenza di utenti stranieri, di un "mediatore culturale". Si veda al proposito:
http://www.socialelazio.it/binary/prtl_socialelazio/tbl_normativa/testo_aggiornato_della_DGR_1305_2004_completo.pdf

8) Medico. Laddove previsto (nelle strutture sociosanitarie) il Medico ha funzioni di coordinamento della salute degli ospiti, con particolare riguardo alla organizzazione e controllo delle visite specialistiche, analisi, dosaggio dei farmaci etc. Nelle strutture a prevalenza sanitaria ha anche funzione di responsabile della struttura.

9) Formatore e Supervisore. Per la tariffa prevista per il supervisore e il Formatore si veda, ad esempio, quanto previsto dalle tabelle: http://www.psy.it/nomenclatore

11) Reperibilità. Viene conteggiata la reperibilità notturna di un secondo operatore per garantire le emergenze. In appendice un approfondimento in particolare sulla necessaria reperibilità del responsabile della struttura.

12) Costi variabili. Si tratta dei costi che qualsiasi struttura residenziale deve sostenere: i costi alberghieri, di struttura e generali. I costi aumentano proporzionalmente in base alle persone che la struttura deve accogliere (aumentano i consumi, i mq e così via). Tali costi sono stati ripresi dalla tabella presente nella Determinazione Dirigenziale Regione Lazio n. G18163 21/12/2017 (in seguito alla delibera Regione Lazio 884 di dicembre 2017).

I costi sono stati divisi per le persone ospiti e per 365 giorni e adeguati alla variazione ISTAT intervenuta da dicembre 2017 (data della DRL 884 2017) a ottobre 2019, che è pari a 1.01286.

13) Vitto. È il costo per il vitto, calcolato dalla Regione Lazio nella delibera sopra citata che prevede una media di 9,80 euro a pasto a persona, poi ricalcolato secondo l'indice Istat come sopra precisato.

14) Pulizie. Sono i costi standard, considerando un costo di 0.116 €/mq calcolato dalla Regione Lazio e poi adeguato secondo l'indice Istat come sopra precisato.

15) Smaltimento rifiuti. È il costo per lo smaltimento rifiuti (0.24 €/die a persona) calcolato dalla Regione Lazio nella delibera sopra citata e poi adeguato secondo l'indice Istat come sopra spiegato. In realtà la tariffa per le case è divisa in parte fissa e parte variabile e ha un costo leggermente superiore. Per le Case Famiglia esistevano delle esenzioni nel comune di Roma, poi abrogate.

16) Affitto. Si tratta del costo sostenuto per l'affitto, considerando una media di 10.20 €/mq al mese, come previsto nella citata delibera dalla Regione Lazio e poi adeguato secondo l'indice Istat come sopra precisato.

17) Manutenzioni. Anche in questo caso i parametri sono stati ripresi dalla citata delibera della Regione Lazio nella quale è stato previsto un costo pari al 5% dell'affitto per le manutenzioni ordinarie e del 3% per le manutenzioni straordinarie.

18) Utenze. È il costo medio sostenuto per luce, gas, telefono, condominio e riscaldamento riproporzionato al numero di persone ospiti. I dati sono quelli previsti nelle tabelle ISTAT denominate "*spese per consumi delle famiglie*". Inoltre è il dato calcolato dalla Regione Lazio nella summenzionata DDRL G18163/2017 e poi adeguato secondo l'indice Istat come sopra precisato.

18) Terapista della riabilitazione. I professionisti sanitari della riabilitazione, se previsti, (fisioterapista ex D.M. 14 settembre 1994 n. 741; logopedista ex D.M. 14 settembre 1994, n. 742; terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ex D.M. 17 gennaio 1997, n. 56; terapista occupazionale ex D.M. 17 gennaio 1997 – D.M. 27 luglio 2000; educatore professionale ex D.M. 8 ottobre 1998 – D.M. 27 luglio 2000) possono essere tra loro intercambiabili in relazione alla tipologia di disabilità prevalentemente trattata.

19) Assicurazione. È la assicurazione (obbligatoria) prevista per l'attività, così come normato nella deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 1305/2004 modificata dalle D.G.R. 124, 125 e 126/2015: par. I.A.1.4 e II.A.1.4: "[...] polizza assicurativa a copertura dei rischi da infortuni o da danni subiti o provocati dagli utenti, dal personale o dai volontari".
Si veda al proposito:
http://www.socialelazio.it/binary/prtl_socialelazio/tbl_normativa/testo_aggiornato_della_DGR_1305_2004_completo.pdf

20) Automezzo. Sono ricomprese le spese per un pulmino che trasporta nove persone, calcolando una media di 0.6204 € a km e una percorrenza di soli 10.000 km annui. Si veda DGR Lazio n.1305/04 paragrafo I.A.3.4: "*I servizi residenziali garantiscono il soddisfacimento dei bisogni primari ed assistenziali dei minori ospiti: [...] trasporto assicurato con mezzo proprio"* e al punto II.A.2.1: *"con mezzi di trasporto privati messi a disposizione dalla struttura, comunque in modo tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio".* Anche tale costo è stato desunto dalla citata DDRL e poi adeguato secondo l'indice Istat come sopra precisato. Il costo d'esercizio del veicolo tiene conto delle spese per il suo utilizzo e della quota di ammortamento del capitale che è stato necessario al suo acquisto (capitale e interessi), da ammortizzare in un determinato periodo d'utilizzo. Il costo tiene conto anche del bollo auto e dell'assicurazione, della spesa per il carburante dell'usura degli pneumatici delle spese di manutenzione e riparazione.

21) Altro. Alla voce "altro" la Regione Lazio (nella citata delibera 884/2017) ha voluto inserire la somma di tutte le altre spese non sopra elencate, a titolo di esempio: casalinghi, cancelleria e servizi, oneri bancari, ammortamenti dei mobili e degli elettrodomestici, oneri connessi alla sicurezza sul lavoro (corsi di formazione etc.), estintori. Per il calcolo degli ammortamenti e dell'obbligo di tenerne conto in bilancio si veda l'art. 2426 comma 2 del codice civile: "il costo delle immobilizzazioni, materiali e immateriali, la cui utilizzazione è limitata nel tempo deve essere sistematicamente ammortizzato in ogni esercizio in relazione con la loro residua possibilità di utilizzazione".

22) Totale O.S.S. in turno. È il costo totale annuale per gli Operatori Socio Sanitari che sono in turno 24 ore su 24 in struttura, per 365 giorni l'anno.

26) Oneri amministrativi. Si tratta degli oneri che la legge impone di prevedere, come meglio dettagliato in appendice nelle pagine che seguono.

27) Presenza in struttura. È dato dalla percentuale di giorni di presenza sul numero totale dei giorni per ciascuna persona ospite della struttura. Nel caso di persone con disabilità, visto che si tratta di progetti "per tutta la vita" capita più raramente che una persona manchi. Nei rari casi di decesso, ahimè, i tempi necessari affinché il posto sia nuovamente occupato sono eccessivamente lunghi. Per quanto riguarda i minori invece quasi mai le strutture sono piene al 100%; questo dipende dal continuo ricambio (per fortuna le strutture sono temporanee) e dal fatto che, nonostante il bisogno, i bambini e i ragazzi da inserire in casa famiglia non hanno una "lista di attesa" né è possibile sostituirli uno con l'altro. In questi casi l'esperienza decennale ci fa dire che il tasso è del 77% di presenze effettive sui posti disponibili. Nonostante questo abbiamo fatto i calcoli con una cifra più "favorevole" per la pubblica amministrazione, come potrà facilmente apprezzare chi si volesse cimentare nei calcoli proposti.

28) Iva. L’aliquota Iva al 5% è prevista, ai sensi dell’art.1, L.208/2015, per una serie di prestazioni socio-sanitarie, assistenziali ed educative, rese da cooperative sociali e consorzi in favore di specifiche categorie di soggetti.
L’Agenzia delle Entrate ha precisato che il regime al 5% si applica sia alle prestazioni effettuate da queste specifiche categorie in esecuzione di contratti di appalto, convenzioni e concessioni, sia a quelle rese direttamente agli utenti.
Con la Riforma del Terzo Settore sono stati definiti nuovi criteri rispetto alla tipologia a cui si riferisce l’aliquota al 5% e alla platea dei soggetti svantaggiati beneficiari.

30) Totale professioni di supporto. In questa riga è evidenziato il costo annuo totale per lo Psicologo, l'Assistente sociale, il Formatore, l'Operatore reperibile, tutte quelle "professioni di supporto" che non operano direttamente nei turni di lavoro a contatto con le persone ospiti della casa.

Appendice alle note esplicative

Di seguito si trova l'approfondimento di alcune delle note esplicative di cui alle pagine precedenti. La numerazione segue quella delle note.

1) Monte ore. Viene calcolato il numero di ore di lavoro necessario per gli operatori che si occupano della assistenza diretta (O.S.S. o educatori, a seconda delle strutture). Il calcolo proposto è "a utente" e quindi valido per tutte le strutture, fatta eccezione per le strutture piccolissime, da 4 posti (esempio dopodinoi) in cui i conteggi sono per forza diversi, come riportato nelle pagine loro dedicate. Le ore notturne sono calcolate per strutture che necessitino di un operatore ogni 8 utenti. Casa al Plurale ritiene infatti che non sia possibile offrire un ambiente di tipo familiare per strutture più grandi, se non divise in singoli moduli abitativi da massimo otto persone.

Per le *ore* **notturne,** dalla 22 alle 6 del giorno seguente, si è ipotizzato un operatore ogni otto utenti.

Si è ipotizzata una **riunione settimanale** di due ore per tutti gli operatori con il Responsabile e 30 ore annuali di formazione. Queste ultime sono previste dalla DGR Lazio n. 124 del 24/03/2015 par. 1.2.2 "*Il responsabile deve impegnarsi a far seguire un programma di aggiornamento di almeno 30 ore l'anno nell'area d'utenza specifica della struttura (minori, adulti con disabilità, anziani, persone con disagio sociale, donne in difficoltà), finalizzato a migliorare il livello qualitativo del servizio erogato, [...]* "
http://www.socialelazio.it/binary/prtl_socialelazio/tbl_news/DGR_124_del_2015_Accreditamento_strutture.pdf

11) Reperibilità. Si ritiene opportuno prevedere la reperibilità notturna di un secondo operatore per garantire le emergenze. Inoltre segnaliamo che si rileva una incongruenza tra il regolamento attuativo della Legge Regione Lazio 41/2003, e il CCNL in merito alla reperibilità del Responsabile.
La Legge Regionale (DGR 1305/2004) infatti così recita: "[il responsabile] assicura la quotidiana presenza all'interno della struttura per un tempo adeguato alle necessità della comunità e in rapporto alla tipologia degli ospiti e la reperibilità anche nelle ore notturne e nei giorni festivi. "
Il CCNL invece prevede, all'art 58: "Il servizio di pronta disponibilità va di norma limitato ai periodi notturni, festivi e prefestivi; ha durata massima di 12 ore e minima di 4 ore. Per le ore di pronta disponibilità alla lavoratrice e al lavoratore spetta un'indennità oraria lorda di € 1.55. Di regola non potranno essere previste, per ciascun dipendente, più di 8 turni di pronta disponibilità al mese. "
Si propone, dunque, di specificare meglio nella citata legge regionale che la reperibilità non può essere "h24" e comunque non può essere prestata per oltre otto turni al mese, per cui giocoforza bisogna prevedere la reperibilità di altro personale!

25) Oneri amministrativi. Si tratta del costo per il commercialista, il consulente del lavoro, la persona che redige la prima nota, la segreteria, la sede amministrativa, la cancelleria etc. Si veda, per analogia, la delibera del Consiglio Comunale di Roma n. 191/2015: "[...] appare necessario e improcrastinabile procedere ad una rideterminazione dei corrispettivi relativi ai servizi domiciliari, basata sull'adeguamento ai livelli retributivi del C.C.N.L. vigente (Tabelle pubblicate dal Ministero del Lavoro), sulla conferma della quota percentuale riconosciuta per il coordinamento dei servizi (9% dei costi del lavoro) e sulla conferma della quota percentuale relativa ai costi generali e di gestione (13% della somma dei costi del lavoro e dei costi di coordinamento)"
(www.Comune.Roma.it/PCR/resources/cms/documents/1912015.pdf).
Si vedano a tale proposito le norme nazionali: Decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture»; ultimo aggiornamento: legge 17 dicembre 2012, n. 221) Art 32 comma b): "aggiungendo ulteriormente una percentuale variabile tra il tredici e diciassette per cento, a seconda della importanza, della natura, della durata e di particolari esigenze dei singoli lavori, per spese generali;
https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/AttivitaAutorita/NormativeDiSettore/_RegolamentoCodiceContratti oppure:
(https://www.codiceappalti.it/DPR_207_2010/Art__32_Elenco_dei_prezzi_unitari,_computo_metrico_estimativo_e_quadro_economico_del_progetto_definitivo/969)
Si confronti anche il DPR 554/99 (art. 34) laddove recita: "c) aggiungendo ulteriormente una percentuale variabile tra il 13% e il 15%, a seconda della categoria e tipologia dei lavori, per spese generali..." d) aggiungendo infine una percentuale del 10% per utile dell'appaltatore. (https://www.serviziocontrattipubblici.it/informazioni/doc/DPR_554_99.pdf)

26) Calcolo della retta. In queste righe viene evidenziato come viene calcolata la retta finale, che sarebbe necessaria per coprire i costi totali di gestione sopra menzionati: essa è la somma dei costi variabili (alberghieri, di struttura e generali), dei costi generati dalle figure professionali di supporto, ma che non si occupano della assistenza diretta (Assistente sociale, etc.), degli operatori che si occupano della assistenza diretta.
Questa somma viene poi divisa per il numero di giorni medi di presenza in struttura dell'utente (dal momento che la tariffa è erogata per i soli giorni di presenza, mentre i costi degli operatori sono indipendenti, non potendoli licenziare e riassumere di volta in volta) e poi sommata all'IVA. Si ottiene quindi la retta al giorno a persona. Si fa presente che il costo effettivo sostenuto dall'Ente Pubblico in un anno rimane indipendente dalla percentuale di presenza in struttura, poiché paga l'intero costo di un anno: è la retta a essere modificata nel suo importo, in modo da poter compensare le assenze degli utenti in struttura.

Hanno aderito al flash mob di Fontana di Trevi 2014, nel quale si chiedeva l'attenzione dell'amministrazione comunale all'assoluta inadeguatezza delle rette di accoglienza, e sostengono le ragioni di questo studio, ottocentosettanta realtà, rappresentate da:

Casa al Plurale

CONFCOOPERATIVE FEDERSOLIDARIETA' Lazio

legacoopsociali Lazio

A.G.C.I. LAZIO

cnca Lazio

C.N.C.M

FORUM Forum Terzo Settore

Social Pride

CITTÀ VISIBILE O.N.L.U.S.

Coordinamento Romano Affido

APIS – Associazione Italiana Progettisti Sociali