



Home Care Premium 2012

Regolamento di Adesione

per l'intervento in favore di soggetti NON autosufficienti e fragili

Utenti dell'INPS - Gestione Ex Inpdap

nonché azioni di prevenzione della non auto sufficienza e del decadimento cognitivo

1. Introduzione

Ai sensi e per gli effetti del DM 463/98¹, l'INPS - Gestione Ex Inpdap² - ha, tra i propri scopi istituzionali, l'erogazione di prestazioni sociali in favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari.

Le attività sono finanziate dal Fondo Credito e attività sociali, alimentato dal prelievo, obbligatorio, dello 0,35 %, sulle retribuzioni del personale in servizio.

Dal 2001, gli Organi di Governo e Indirizzo dell'Istituto hanno definito, tra le politiche d'intervento in favore dei propri utenti, azioni a favore di soggetti NON auto sufficienti, in particolare a sostegno delle persone anziane anche con riguardo ad azioni di prevenzione della non auto sufficienza e del decadimento cognitivo.

Di fatto, si era rilevato come i pensionati della Gestione Ex Inpdap appartenessero alla categoria dei cosiddetti "Né/Né", né troppo poveri per accedere ai servizi pubblici, né troppo abbienti per poter sostenere economicamente interventi privati di assistenza.

Sulla base di tali premesse, gli obiettivi e il significato sociale dell'intervento da parte dell'Istituto, hanno maturato, nel corso degli anni, una dimensione qualitativa piuttosto che quantitativa che potesse andare oltre il beneficio diretto goduto dall'utente, sostenendo proposte progettuali innovative, sostenibili e trasferibili nell'ambito delle politiche di welfare nazionali, in favore della NON auto sufficienza.

L'Avviso Home Care Premium 2012 che segue quelli degli anni 2010³ e 2011⁴, propone, ai soggetti competenti sul territorio, l'adesione a una forma di intervento "mista" che prevede il coinvolgimento diretto, sinergico e attivo della famiglia, dell'amministrazione pubblica, dell'Istituto e delle risorse sociali del cosiddetto "terzo settore".

¹ Decreto Ministeriale 463/1998 "Regolamento recante norme per la gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali istituita presso INPDAP, da adottarsi ai sensi dell'articolo 1, comma 245, della Legge 23 dicembre 1996, numero 662.

² L'INPDAP, Istituto di Previdenza per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica è stato soppresso con decreto legge n. 201 del 6 dicembre 2011 ("decreto salva Italia"), poi convertito con modifiche nella legge n. 214 del 27 dicembre 2011; dal 1° gennaio 2012 l'Inpdap e l'Enpals sono confluite in Inps.

³ All'Avviso HCP 2010 hanno aderito 39 amministrazioni locali, con un impegno di spesa a carico dell'Istituto pari a circa 14 milioni di euro, con un numero di beneficiari a regime pari a circa 2.000.

⁴ All'Avviso HCP 2011 hanno aderito 99 amministrazioni locali, tra cui la quasi totalità degli aderenti nell'anno 2010, con un impegno di spesa a carico dell'Istituto pari a circa 27 milioni di euro, con un numero di beneficiari a regime pari a circa 5 mila.

Il modello proposto “aggrega” le migliori esperienze maturate sul territorio, anche attraverso i precedenti avvisi Home Care Premium, formando un “puzzle” gestionale di elementi **concreti e applicati**, di cui si propone il trasferimento anche alle altre realtà territoriali.

Pur evidenziando che l'intervento progettuale ed economico dell'Istituto è riservato ad una specifica tipologia di cittadini utenti (i dipendenti e pensionati pubblici e i loro familiari), gli Enti Pubblici partner hanno, a nostro avviso, l'opportunità di predisporre modelli gestionali trasferibili all'intera platea di cittadini, drenando risorse in loro favore.

2. Principi progettuali dell'Home Care Premium 2012

Eccellenza, best practice, benchmark e trasferibilità del Progetto

Il Progetto Home Care Premium 2012 si pone l'obiettivo di attuare e sostenere finanziariamente percorsi funzionalmente ed economicamente sostenibili, anche sulla base dei parametri strutturanti il sistema economico e socio demografico nazionale: risorse finanziarie limitate, crescita del bisogno a seguito dell'invecchiamento della popolazione, evoluzione delle strutture familiari e sociali di base.

Il presente documento rappresenta l'elaborazione delle positive esperienze rilevate durante la gestione dei progetti finanziati con i precedenti Avvisi, capitalizzandone le migliori pratiche.

Il nuovo Avviso 2012 rappresenta un costante e continuativo “work in progress” che nel futuro modificherà ulteriormente la propria struttura alla ricerca di un modello di eccellenza nelle politiche sociali in favore dell'assistenza domiciliare a soggetti NON auto sufficienti.

I Soggetti Attuatori del Progetto

L'Istituto ha individuato quale soggetto partner per la realizzazione del Progetto HCP 2012 “**l'Ambito Territoriale**” d'intervento socio assistenziale rappresentando, a nostro avviso, l'unità amministrativa che meglio esprime caratteristiche strategiche di dimensione sociale e demografica quantitativa e di integrazione funzionale e operativa.

Le Prestazioni afferenti il Progetto

L'intervento progettuale, per previsioni istituzionali, normative e regolamentari, deve necessariamente riferirsi a prestazioni e interventi, economici e di servizio, afferenti esclusivamente la sfera **socio assistenziale** di supporto alla Non auto sufficienza e allo stato di fragilità anche in un ottica di prevenzione, pur cogliendone l'eventuale necessaria integrazione con la sfera sanitaria.

Tra le differenti modalità di intervento a supporto della NON auto sufficienza e fragilità si è scelto di investire le risorse economiche dell'Istituto **nell'assistenza domiciliare**, rappresentando, a nostro avviso, il modello che meglio coniuga il binomio “**sostenibilità – dignità umana**”, da cui l'etichetta che identifica il Progetto: **Home Care Premium**, un contributo “premio” al fine di prendersi cura, a domicilio, delle persone NON auto sufficienti.

Il Progetto ha lo scopo non solo di sostenere e definire interventi diretti assistenziali in denaro o natura ma anche la volontà di supportare la comunità degli utenti nell'affrontare, risolvere e gestire le difficoltà connesse alla status di non auto sufficienza proprio o dei propri familiari.

Ampio spazio di intervento a carico dell'Istituto verrà, pertanto, dedicato alle fasi di **informazione, consulenza e formazione** dei familiari e dei care givers anche eventualmente Non connessi a un effettiva successiva fase di supporto assistenziale diretto e indiretto, da parte delle Pubbliche Amministrazioni e dell'Istituto.

Ulteriore sforzo progettuale è orientato alla valutazione delle opportunità di inserimento, installazione ed uso, a domicilio, di dotazioni fisiche e attrezzature (ausili) o di strumenti tecnologici di **domotica**, atti a ridurre il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale oltre il rischio di degenerazioni ulteriori.

Strumenti e Metodologie di Progetto

All'interno del presente documento di adesione al Progetto HCP 2012, ogni definizione o classificazione disciplinare citata, ogni scheda di valutazione e d'intervento proposti, e ogni eventuale riferimento settoriale, hanno esclusivo valore metodologico rispetto al progetto e alla sua realizzazione, senza alcuna ambizione scientifica e metodologica rispetto agli standard nazionali e internazionali condivisi dalla comunità professionale competente.

Responsabilità e Sostenibilità del Progetto

L'insieme delle disposizioni e dei valori contenuti nella Carta Costituzionale, agli articoli 2, 3, 32, 38, 117 e 118, delle norme presenti all'interno del Codice Civile, articoli da 433 a 448, relative agli “Alimenti”, e del Codice Penale agli articoli 570 “Violazione degli obblighi di assistenza familiare” e 591 “Abbandono di Persone Incapaci”, delle disposizioni contenute nella Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, rilevano, **a nostro Avviso**, una responsabilità solidale di intervento tra **Famiglia** del soggetto Non auto sufficiente, in primis, e **Amministrazioni Pubbliche**, con la valorizzazione del ruolo e dell'intervento del “terzo settore” e di ogni altra risorsa sociale a potenziale supporto.

Il Progetto, infatti, prevede e stimola la valorizzazione di tutte le risorse sociali, pubbliche e private che possano massimizzare la qualità e quantità degli interventi, quali, ad esempio, le Associazioni di Volontariato, gli Istituti di Patronato e Assistenza Sociale, i CAF, i Centri per l'Impiego, le Agenzie Formative e di Lavoro, le Associazioni di familiari e utenti NON auto sufficienti.

La Rete dei Progetti HCP

Home Care Premium identifica, oggi, una rete di Enti Locali virtuosi, innovatori, fortemente orientati ai bisogni dei propri cittadini, capaci di sperimentare forme d'intervento assistenziale sostenibili e trasferibili a livello nazionale e internazionale.

L'Istituto ringrazia tutte le Amministrazioni che collaborano fattivamente alla Gestione dei progetti HCP in favore dei propri assistiti e che hanno contribuito all'identificazione di strumenti e metodologie di assistenza domiciliare sostenibili e trasferibili con il coinvolgimento dell'intera comunità sociale sul territorio.

3. Soggetti Proponenti

Ambiti Territoriali Sociali

Possono proporre l'adesione al Progetto Home Care Premium 2012, attraverso la sottoscrizione del presente Regolamento, gli "**Ambiti Territoriali Sociali**", così come definiti dall'articolo 8, comma 3, lettera a) della Legge 328/2000.

Gli **Ambiti Territoriali Sociali** o come diversamente localmente nominati e/o costituiti, che propongono l'adesione, devono essere stati definiti e istituiti dalle corrispondenti normative regionali di riferimento. Per le Province Autonome di Bolzano e Trento potranno proporre l'adesione al Progetto i corrispondenti Enti come definiti dalle locali normative.

L'Ambito Territoriale Sociale proponente, comunque, Non dovrà avere una popolazione propria residente **inferiore ai 30 mila abitanti**, come desumibile dal Censimento Generale della Popolazione ISTAT 2011.

Ambiti Territoriali Sociali Aggregati

L'adesione può avvenire anche per insieme di ambiti territoriali temporaneamente associati, anche al fine di raggiungere la dimensione minima d'impatto demografico e sociale come sopra definita (popolazione residente NON inferiore a 30 mila abitanti).

Soggetti Delegati

Possono proporre l'adesione eventuali soggetti istituzionali delegati dai medesimi ambiti, anche aggregati, quali il Distretto Sanitario corrispondente, le ASL, le Aziende Pubbliche di Servizi alla persona o Consorzi o Società della Salute, Comunità Montane.

Tra i soggetti Delegati dai medesimi ambiti, anche aggregati, sono considerati gli Enti Locali "sovra ordinati", Aree Metropolitane, Provincie, Regioni, comunque espressione degli Ambiti Territoriali di riferimento e delle normative regionali di settore.

Aggregazioni Temporanee

Nel caso in cui NON sia intervenuta, all'oggi, una normativa regionale di definizione e istituzione degli ambiti territoriali, o i medesimi ambiti NON siano vigenti alla data di effettiva esecuzione dei progetti, potranno fare domanda di adesione l'insieme dei Comuni, in qualsiasi forma aggregati, indicando un soggetto capofila, afferenti il distretto sanitario di riferimento territoriale, comunque con un popolazione residente propria minima come sopra definita.

Non sono ammesse istanze di soggetti "contenuti" territorialmente all'interno di altri soggetti proponenti, laddove siano indirizzati alla medesima tipologia di utenti e di bisogno socio assistenziale.

4. Domanda di Adesione

La **domanda di adesione** al Progetto HCP 2012 dovrà essere presentata e sottoscritta dal soggetto legalmente competente a rappresentare i Soggetti Proponenti, come sopra definiti, utilizzando esclusivamente lo schema di cui all'allegato 1, parte integrante del presente documento.

Il soggetto proponente, laddove già delegato per l'esercizio delle funzioni socio assistenziali, potrà richiamare i provvedimenti attestanti l'avvenuta assegnazione delle funzioni.

La domanda di adesione deve essere **presentata** o inviata a mezzo raccomandata A/R, alla **Direzione Regionale**, territorialmente competente, INPS Gestione Ex Inpdap, il cui elenco è disponibile sul sito dell'Istituto, www.inpdap.gov.it, alla sezione "contatti".

La domanda di adesione **dovrà pervenire entro le ore 12.00 del giorno 14 dicembre 2012**. La responsabilità del recapito entro i termini stabiliti è esclusivamente a carico del soggetto proponente.

Sulla busta, oltre l'indicazione del mittente, dovrà comparire la dicitura "**Domanda di Adesione Progetto Home Care Premium 2012**".

Alla Domanda dovrà essere allegato, debitamente sottoscritto in ogni parte, per accettazione, il presente Regolamento di adesione.

All'interno della Proposta, il Soggetto Proponente indicherà il numero obiettivo di soggetti contemporaneamente assistiti, **comunque non inferiore a 50**. Non vi è un limite massimo di soggetti assistibili.

Dopo i controlli amministrativi di ammissibilità da parte della Direzione Regionale INPS Gestione Ex Inpdap territorialmente competente e la verifica di disponibilità complessiva di budget a livello regionale e nazionale, tra le parti verrà sottoscritto l'Accordo di Programma per la realizzazione del Progetto ivi regolamentato.

La sottoscrizione dell'Accordo di Programma è condizionata alla regolarità contributiva (DURC) del soggetto proponente (regolarità in capo al soggetto delegato o all'Ente capo fila).

5. Il Modello Gestionale e il Budget

Il Modello gestionale, proposto dal presente Regolamento, prevede, così come dettagliatamente descritto nei successivi paragrafi, distinte categorie di attività e prestazioni, in capo al Soggetto Proponente, all'Istituto e alla famiglia: la **gestione del sistema socio assistenziale di ambito** e il **catalogo delle prestazioni**, suddivide tra attività socio assistenziali **prevalenti** e attività socio assistenziali **integrative**.

La Gestione del Sistema Socio Assistenziale

Nei successivi paragrafi verranno definite le caratteristiche del **sistema gestionale** di ambito, a cura e a carico del Soggetto Proponente, per cui l'Istituto riconosce un contributo alle spese, rapportato al numero di soggetti assistiti (1.500,00 euro per soggetto assistito), fino ad un valore massimo di euro 200.000,00 (duecentomila/00) e, comunque, con il riconoscimento di un valore minimo garantito pari a 100.000,00 (centomila/00) euro (il Soggetto Proponente può, comunque, richiedere una somma inferiore).

Il Catalogo delle Prestazioni

Nei successivi paragrafi verrà definito il **Catalogo delle Prestazioni** Socio Assistenziali, di cui potrà usufruire il Soggetto Beneficiario NON auto sufficiente, formato da:

- **“prestazioni socio assistenziali prevalenti”**, a cura di “Family Care Givers”, a carico del soggetto beneficiario a cui l'Istituto riconosce direttamente un contributo mensile, in relazione al bisogno e alla capacità economica, fino ad un valore massimo di 1.200 (milleduecento/00) euro mensili;

- **“prestazioni socio assistenziali integrative”** a cura del Soggetto Proponente, a cui l’Istituto riconosce un contributo alle spese, per ogni soggetto assistito, rapportato alla propria condizione economica e di non auto sufficienza (variabile da 600 a 3.000 euro annui), fino ad un valore complessivo di progetto pari a euro 400.000,00 (quattrocentomila/00).

Il Premium 2012

L’Istituto riconoscerà, inoltre, un budget aggiuntivo pari al 10 % del valore dei contributi mensili erogati dall’Istituto ai soggetti beneficiari (per la fruizione delle prestazioni prevalenti) da destinare indifferentemente a spese gestionali, all’erogazione di prestazioni integrative o a prestazioni innovative anche Non disciplinate nel presente Regolamento.

La rendicontazione del suddetto “premium” sarà effettuata a conclusione delle attività progettuali.

6. Durata e Timing di Progetto

Commissione Mista

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

Comunicazione, Informazione e Consulenza alle famiglie

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

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

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

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

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

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

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

Durata Programmi Socio Assistenziali

I Programmi socio assistenziali familiari avranno durata annuale.

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

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

Autorizzazioni in deroga

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

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

7. Beneficiari del Progetto HCP 2012

Soggetti Beneficiari

I soggetti beneficiari delle prestazioni socio assistenziali, come definite nei successi punti, dovranno necessariamente essere **dipendenti e pensionati pubblici**, utenti della Gestione Ex INPDAP, i loro coniugi conviventi e i loro familiari di primo grado, **non auto sufficienti**, residenti nell'ambito territoriale del soggetto aderente.

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

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

La Domanda di Assistenza

La domanda, a cura del medesimo soggetto Non Auto Sufficiente o a cura del familiare o dell'Amministratore di sostegno o del Soggetto Proponente, sarà presentata, in primis,

attraverso lo Sportello Sociale (di cui ai successivi paragrafi), attraverso il portale dell'Istituto nella specifica sezione del sito dedicata al Progetto. Considerata la specificità dell'utenza assistita la richiesta potrà avvenire anche attraverso il contact center telefonico dell'Istituto o attraverso i Patronati convenzionati con l'Istituto.

Nel caso di giovani minori la domanda sarà presentata dal genitore “dante causa” o nel caso di orfano, dal genitore “superstite” o dal tutore.

In ogni caso, qualsiasi sia il canale sopra descritto utilizzato, la domanda verrà trasmessa attraverso i Servizi in Linea presenti sul portale on line dell'Istituto.

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

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

Istruttoria delle Domande

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

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

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

La Presa in Carico a Sportello

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

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

8. Definizione di persona NON auto sufficiente

Soggetti adulti (anche anziani).

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

Per la realizzazione del Progetto HCP 2012, le attività quotidiane di natura personale e sociale, svolte all'interno e all'esterno del proprio domicilio, da valutarsi per la classificazione dei soggetti beneficiari, sono le 12⁵ seguenti:

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

⁵ Come già premesso ai precedenti Punti, le Attività di Vita Quotidiana identificate all'interno del presente documento così come le modalità di analisi e valutazione del grado di NON auto sufficienza e la formulazione del Programma Socio Assistenziale Familiare sono ESCLUSIVAMENTE strumentali al presente Progetto e al perseguimento dei suoi obiettivi, senza alcuna volontà di assurgere a documentazione scientifica e disciplinare nel campo socio assistenziale e sanitario.

Giovani Minori

In caso di giovani minori, per la realizzazione del Progetto HCP 2012, la valutazione del grado di NON auto sufficienza per l'ammissibilità al beneficio, è **esclusivamente rimandata all'accertamento di handicap come definito dalla Legge 104/92**.

Sono, pertanto, ammessi al beneficio i soli giovani minori, figli o orfani di dipendenti o di pensionati assistiti dalla Gestione Ex Inpdap, in condizione di handicap come accertato dalla legge 104/92.

9. Valutazione del grado di NON auto sufficienza

La Valutazione del Grado di Non Auto Sufficienza

Nel caso di **soggetti adulti**, la valutazione del grado di NON autosufficienza verrà, pertanto, effettuata utilizzando esclusivamente⁶ la scheda di cui all'allegato 2, parte integrante del presente documento, verificando le condizioni definite nella Colonna C "Valutazione", per ciascuna delle attività quotidiane sopra definite. Si veda, di seguito, ad esempio i gradi di valutazione per la Mobilità Domestica:

Attività	Descrizione	Valutazione
Mobilità domestica	Valutazione della capacità di mobilità domestica nell'alzata e rimessa a letto, nella mobilità all'interno del domicilio durante la giornata, anche con l'ausilio di supporti.	Si alza/rimette a letto senza aiuto, ha piena mobilità e autonomia domestica
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula per casa autonomamente anche con l'ausilio di supporti
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula con difficoltà per casa

⁶ Risulta evidente che l'utilizzo di una specifica scheda di valutazione per la gestione del Progetto Home Care Premium 2012 possa generare confusione o sovrapposizione con le attuali metodologie di valutazioni presenti in ciascun ambito territoriale, anche con la conseguente eventuale necessità di predisporre ulteriori momenti formativi e di confronto presso i case/care manager, ma l'obiettivo fondamentale dell'Istituto è attuare un modello di sostegno economico e di servizio uniforme in favore dei propri utenti, in qualsiasi ambito residenti. In ogni caso nella definizione dei budget progettuali si è tenuto conto dello sforzo organizzativo per procedere in tal senso.

		Non si alza dal letto Soggetto allettato
--	--	---

Il Case/Care⁷ Manager

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

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

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

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

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

Altre Unità di Valutazione

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

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

⁷ Si utilizza la doppia definizione di Case/Care manager relativamente alle diverse nomenclature territoriali utilizzate. L'utilizzo dell'uno o dell'altro termine è indifferente nella realizzazione delle azioni progettuali.

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

Aggiornamento della Valutazione

La valutazione del grado di Non auto sufficienza può essere periodicamente aggiornata su istanza delle Parti.

Valutazione nel caso di giovani minori

Nel caso di giovani minori, il grado di NON auto sufficienza è strettamente connesso al livello di handicap riconosciuto in sede di Verbale 104 (articolo 3, comma 1 ovvero comma 3).

1	Giovane Minore in carico 104	Articolo 3, comma 1
		Articolo 3, comma 3

10. Il Catalogo delle Prestazioni. Le Prestazioni Prevalenti.

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

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

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

- 1) **Servizi Pubblici:** l'incapacità funzionale è o può essere **integralmente** supportata dall'intervento dell'amministrazione pubblica, anche attraverso una o più delle **attività integrative** come definite allo specifico paragrafo;
- 2) **Familiare Convivente:** l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai “Servizi Pubblici” (come sopra definiti), ma DEVE e può essere anche supportata e/o integrata da un familiare convivente, attraverso le cosiddette “cure familiari” (esempio coniuge, genitore, figlio, fratello, sorella, soggetto convivente, etc.). In tale ambito sono considerate anche le formule di convivenza “informale”;
- 3) **Familiare NON Convivente:** l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai “Servizi Pubblici” (come sopra definiti) e/o da “cure familiari”, ma DEVE e può essere

supportata e/o integrata anche da un familiare NON convivente (esempio genitore, figlio, fratello, sorella, etc.);

- 4) **Volontariato**: l'incapacità funzionale NON è o non può essere integralmente supportata dalle risorse sopra definite ma deve e può essere **supportato, integrato o sostituito** anche dall'intervento di forme di affido, di volontariato, vicinato, prossimità. In tale ambito sono classificate anche le formule di affido presso il domicilio del medesimo affidatario;
- 5) **Assistente Familiare**⁸: l'incapacità funzionale NON è o non può essere integralmente supportata da tutte le risorse come sopra definite ma deve e può essere supportato, integrato o, eventualmente, sostituito anche dall'intervento di un'Assistente Familiare.

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

Nello schema, riportato alla pagina seguente, un esempio relativo valutazione della mobilità domestica, di cui il soggetto assistito “richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto e deambula con difficoltà per casa” e in cui l'intervento è in carico a “cure familiari” con la presenza anche dall'Assistente Familiare:

ADL	Descrizione	Valutazione	Prestazione Socio Assistenziale	*	V.P.	P.
1 Mobilità domestica	Valutazione della capacità di mobilità domestica nell'alzata e rimessa a letto, nella mobilità all'interno del domicilio durante la giornata	Si alza/rimette a letto senza aiuto, ha piena mobilità domestica	Nessun bisogno			
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula per casa autonomamente	Servizi Pubblici / Attività Integr.		0	
	Cure familiari			0		
	Familiare Non convivente			1		
	Volontariato			2		
	Assistente familiare			3		
	Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula con difficoltà per casa	Servizi Pubblici / Attività Integr.		0		
		Cure Familiari	*	1	6	
		Familiare Non convivente		2		
		Volontariato		4		
Assistente familiare	*	6				

⁸ Per la definizione, ruolo e funzioni dell'Assistente Familiare si fa riferimento al Repertorio Regionale delle Professioni laddove istituito.

		Non si alza dal letto	Servizi Pubblici / Attività Integr.		0	
			Cure familiari		2	
			Familiare Non convivente		3	
			Volontariato		6	
			Assistente Familiare		10	

Nella Colonna V.P. è indicato il Punteggio assegnato a ciascuna tipologia di Prestazione Socio Assistenziale Prevalente, per ciascuna delle 12 attività di vita quotidiana.

Nella Colonna P. è indicato il punteggio⁹ assegnato, corrispondente al valore più elevato delle prestazioni identificate.

La valutazione della Prestazione di intervento dovrà essere compilata per ognuna delle 12 attività quotidiane come sopra definite.

Giovani Minori

Nel caso di giovani minori, la valutazione complessiva delle Prestazioni a risoluzione della necessità assistenziale dovrà riferirsi alle sole voci 1), 2) e 5):

- 1) **Servizi Pubblici:** l'incapacità funzionale è o può essere **integralmente** supportata dall'intervento dell'amministrazione pubblica, anche attraverso una o più delle attività integrative come definite allo specifico paragrafo;
- 2) **Familiare Convivente:** l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai "Servizi Pubblici" (come sopra definiti), ma DEVE e può essere anche supportata e/o integrata dal genitore;
- 5) **Educatore Domiciliare:** l'incapacità funzionale NON è o non può essere integralmente supportata da un familiare, come sopra definiti, o dall'intervento pubblico in essere ma deve e può essere supportato, integrato o sostituito anche dall'intervento di Educatore Domiciliare.

Nel caso di giovani minori dovrà essere utilizzato lo schema di cui all'allegato 3, anch'esso parte integrante del presente documento.

1	Giovane Minore in carico 104	Articolo 3, comma 1	Servizi Pubblici / Attività Integr.		0
			Genitore		2
			Educatore Domiciliare		5

⁹ Il Punteggio assegnato a ciascuna Prestazione Prevalente, in corrispondenza di ogni Attività di vita quotidiana, ha una natura "economica" utile a rilevare il peso "tempo-costo" rapportato alla tipologia di intervento socio assistenziale. P NON è un parametro strettamente connesso a rilevare il grado di NON auto sufficienza. Il Punteggio così definito è stato introdotto strumentalmente alla definizione del contributo economico in favore degli utenti dell'Istituto.

		Articolo 3, comma 3	Servizi Pubblici / Attività Integr.	0
			Genitore	4
			Educatore Domiciliare	10

11. Il Contributo Economico in favore della famiglia

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

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

P. Punteggio

P rappresenta il Punteggio che identifica il grado di fabbisogno assistenziale di attività, rapportato al presunto costo/risorse, ottenuto sommando i singoli punteggi per ciascuna Attività Quotidiana indicati nella Colonna F dell'Allegato 2. Si veda il Punteggio relativo al caso precedente, per l'attività connessa alla mobilità domestica:

ADL	Descrizione	Valutazione	Prestazione Prevalente	*	V.P.	P.
1 Mobilità domestica	Valutazione della capacità di mobilità domestica nell'alzata e rimessa a letto, nella mobilità all'interno del domicilio durante la giornata	Si alza/rimette a letto senza aiuto, ha piena mobilità domestica	Nessuna			
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula per casa autonomamente	Servizi Pubblici		0	
			Familiare convivente		0	
			Familiare Non convivente		1	
			Volontariato		2	
			Assistente familiare		3	
		Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula con difficoltà per casa	Servizi Pubblici		0	
			Familiare convivente	*	1	
			Familiare Non convivente		2	
			Volontariato		4	
					6	

			Assistente familiare	*	6	
		Non si alza dal letto	Servizi Pubblici		0	
			Familiare convivente		2	
			Familiare Non convivente		3	
			Volontariato		6	
			Assistente Familiare		10	

che verrà riportato nella Colonna P. per ciascuna attività.

Seppur vengano attivate due risorse (Familiare Convivente e Assistente Familiare) si assegna il punteggio corrispondente a quella più rilevante (Assistente Familiare Punteggio uguale a 6).

Il Punteggio Massimo ottenibile è 120, corrispondente al massimo grado di Non auto sufficienza, per ciascuna attività quotidiana, con un Programma Socio Assistenziale supportato, integrato o sostituito anche dall'intervento di un'Assistente Familiare.

ISEE

Il parametro **ISEE** indica il Valore dell'Attestazione ISEE del nucleo familiare in cui compare il soggetto beneficiario, secondo le vigenti disposizioni.

Qualsiasi altro parametro "di prestazione" elaborato Non sarà acquisito dalla banca dati dell'Istituto con la conseguente impossibilità di avvio delle prestazioni.

La tabella potrebbe essere riformulata sulla base dell'eventuale riforma normativa di definizione e calcolo dell'Indicatore.

Euro 1.200,00

Rappresenta il contributo massimo che l'Istituto, mensilmente, erogherà direttamente al soggetto beneficiario.

In caso di nucleo familiare formato da più aventi diritto, il contributo economico complessivo erogato Non potrà essere superiore a 1.700,00 euro, da cui andranno comunque dedotte le eventuali indennità di accompagnamento complessivamente percepite.

Giovani Minori

Nel caso di giovani minori, la formula per il calcolo del contributo a favore della famiglia è così definita:

P	ISEE						
	0 - 8.000	8 - 16	16 - 24	24 - 32	32 - 40	40 - 48	48 -
10	600,00	500,00	400,00	300,00	200,00	100,00	0
4 - 5	400,00	300,00	200,00	100,00	0	0	0
0 - 3	200,00	100,00	0	0	0	0	0

P rappresenta il Punteggio che identifica il maggior fabbisogno assistenziale di attività, come indicato nella Colonna F dell'Allegato 3

1	Giovane Minore in carico 104	Articolo 3, comma 1	Servizi Pubblici / Prest. Integr.	0
			Genitore	2
			Educatore Domiciliare	5
		Articolo 3, comma 3	Servizi Pubblici / Prest. Integr.	0
			Genitore	4
			Educatore Domiciliare	10

Per i giovani minori il parametro su cui calcolare il contributo è l'Indicatore delle Situazione Economica equivalente ISEE in cui compare il medesimo giovane beneficiario.

Anche in tal caso, la tabella potrebbe essere riformulata sulla base dell'eventuale riforma normativa di definizione e calcolo dell'Indicatore.

IDA. Indennità di Accompagno o di Frequenza

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

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

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

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

12. Condizioni di Erogazione del Contributo Economico

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

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

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

- nel caso in cui gli Interventi Socio Assistenziali siano supportati, integrati o sostituiti dall'intervento anche di forme di affido, volontariato, vicinato, prossimità, il Soggetto Proponente individuerà all'interno di uno Specifico Registro del **Volontariato Sociale** il soggetto o i soggetti che svolgeranno la funzione assistenziale. Nei Punti successivi verranno evidenziate le modalità di istituzione del Registro del Volontariato Sociale, di formazione e remunerazione;
- nel caso in cui gli Interventi Socio Assistenziali siano supportati, integrati o sostituiti dall'intervento anche di **Assistenti Familiari**, l'erogazione è condizionata alla regolare assunzione da parte del soggetto beneficiario (o di suoi familiari o dell'amministratore di sostegno) dell'Assistente, anche attraverso forme di "somministrazione" da parte di soggetti accreditati (Agenzie di Lavoro), con il pagamento periodico delle spettanze e degli oneri previdenziali¹⁰. Il soggetto che svolgerà la funzione assistenziale verrà individuato all'interno di uno Specifico **Registro Assistenti Familiari**. Nei Punti successivi verranno evidenziate le modalità di istituzione del Registro degli Assistenti Familiari, di formazione, monitoraggio e di retribuzione.

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

13. Le Prestazioni Integrative

Ad integrazione delle Prestazioni Socio Assistenziali Prevalenti, in fase di valutazione e definizione del Progetto Assistenziale, possono essere previste e inserite una o più delle seguenti prestazioni integrative¹¹:

- A. **OSS¹²**: l'eventuale fabbisogno di **intervento socio assistenziale specialistico da parte di Operatori Socio Assistenziali**, a domicilio, di natura NON sanitaria, ad integrazione, indicati dall'ente aderente (anche per **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza**);

¹⁰ La regolarità dell'assunzione deve essere riferita all'effettivo impegno socio assistenziale senza alcun vincolo minimo o massimo di progetto.

¹¹ Ad un prima lettura, sembrerebbe paradossale che tra le attività integrative compaiano i tradizionali strumenti socio assistenziali di intervento su cui si sono basati, sino ad oggi, i Piani d'azione. Purtroppo, la realtà sociale ha dimostrato come, a causa della scarsità delle risorse economiche impiegate, tale forma d'intervento sia stata bypassata dai care givers familiari e informali, di cui l'intervento pubblico ne è divenuto una qualificata integrazione.

¹² Per la definizione e le competenze dell'Operatore Socio Sanitario si rimanda a quanto definito nell'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001.

- B. **Centro diurno:** l'eventuale fabbisogno di interventi socio assistenziali, di natura NON sanitaria, di **potenziamento delle abilità** (nel caso di giovani minori) e di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza** o interventi di **sollevio** (nel caso di soggetti adulti anche anziani), da svolgersi presso un **centro diurno**;
- C. **Sollievo:** l'eventuale fabbisogno d'interventi di sollevio domiciliare anche per sostituzioni temporanee degli ordinari care givers;
- D. **Servizi di Accompagnamento/Trasporto:** l'eventuale fabbisogno di servizi di accompagnamento/**trasporto** per specifici e particolari eventi (visite mediche, accesso al centro diurno, etc.);
- E. **Pasto:** l'eventuale necessità di consegna pasti a domicilio;
- F. **Ausili:** l'eventuale opportunità di installare a domicilio dotazioni e attrezzature (ausili) tali da ridurre il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore;
- G. **Domotica:** l'eventuale opportunità di installare a domicilio strumenti tecnologici di "domotica" atti a ridurre, anche in tal caso il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

I Punti da a) a g), potranno essere valutati anche successivamente a seguito di una migliore conoscenza e approfondimento della persona e del proprio sistema assistenziale e domiciliare.

Le valutazioni e le verifiche di cui ai Punti f) e g) dovranno essere svolti da personale qualificato a cura e a carico del soggetto proponente.

Anche tali interventi, laddove utili, dovranno essere segnalati nella medesima Scheda di cui all'allegato 2 e, nel caso di giovani minori, allegato 3:

Il caso sotto rappresentato è un esempio di valutazione di necessità di:

- interventi socio assistenziali, di natura NON sanitaria, di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza** o interventi di **sollevio**, da svolgersi presso un centro diurno;
- installazione a domicilio di ausili, dotazioni e attrezzature tali da ridurre il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

	Attività Integrative	
A	OSS. Intervento socio assistenziale specialistico, a domicilio, ad integrazione	NO
B	Centro diurno. Interventi socio assistenziali da svolgersi presso un centro diurno	Si
C	Sollievo. Interventi di sollevio domiciliare anche per sostituzioni temporanee dei care givers	NO
D	Servizi di accompagnamento/Trasporto . Fabbisogno di servizi di accompagnamento/ trasporto per specifici e particolari eventi (visite mediche, etc.)	NO
E	Pasti. Consegna Pasti a domicilio	NO

F	Ausili. Opportunità di installare a domicilio dotazioni e attrezzature	Si
G	Domotica. Opportunità di installare a domicilio strumenti tecnologici di “domotica”	No

Tra le Prestazioni Accessorie Non sono stati inseriti i “**Soggiorni di sollievo**” in quanto già attivi attraverso una specifica prestazione dell’Istituto a cui possono aderire i medesimi soggetti beneficiari.

Eventualmente, sarà cura del Soggetto Proponente e dell’istituto promuovere la partecipazione al Soggiorno di Sollievo come beneficio ulteriore e complementare, con budget a carico di altra prestazione.

Nel caso di giovani minori le Attività Integrative potranno riferirsi esclusivamente alle Lettere B, D, F e G.

	Attività Integrative	
B	Centro diurno. Interventi socio assistenziali da svolgersi presso un centro diurno	
D	Servizi di accompagnamento/Trasporto. Fabbisogno di servizi di accompagnamento/trasporto per specifici e particolari eventi (visite mediche, etc.)	
F	Ausili. Opportunità di installare a domicilio dotazioni e attrezzature	
G	Domotica. Opportunità di installare a domicilio strumenti tecnologici di “domotica”	

14. Le Prestazioni Integrative. Limiti di erogazione

Relativamente alle Prestazioni Integrative, nella redazione dell’ipotesi di Programma Socio Assistenziale Familiare si dovrà tener conto che saranno integralmente a carico dell’istituto, NON più di:

- A. 12 ore medie mensili, per ogni soggetto assistito, per l’eventuale **intervento socio assistenziale specialistico**, a domicilio, ad integrazione, da parte di operatori specializzati, indicati dall’ente aderente, eventualmente per attività di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza**;
- B. 8 incontri medi mensili, per ogni soggetto assistito per l’eventuale intervento socio assistenziali di **prevenzione e rallentamento alla degenerazione del livello di non auto sufficienza** o interventi di **sollievo**, da svolgersi presso un **centro diurno**;
- C. 16 ore medie mensili, per ogni soggetto assistito, per l’eventuale intervento di sollievo domiciliare anche per sostituzioni temporanee degli ordinari care givers;
- D. 8 servizi medi mensili, per ogni soggetto assistito, per l’eventuale fabbisogno di servizi di accompagnamento e trasporto per specifici e particolari eventi (visite mediche, accesso al centro diurno, etc.);
- E. 6 servizi settimanali (e fino a 24 al mese), per ogni soggetto assistito, per l’eventuale necessità di consegna pasti a domicilio (il costo del pasto è comunque a carico del soggetto beneficiario);

- F. 1 intervento, per ogni soggetto assistito, per l'eventuale di installazione a domicilio di dotazioni e attrezzature tali da ridurre il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore;
- G. 1 strumento tecnologico di "domotica", per ogni soggetto assistito, atto a ridurre, anche in tal caso il grado di NON auto sufficienza e il livello di bisogno assistenziale e il rischio di degenerazione ulteriore.

I suddetti valori massimi sono definiti per ciascun soggetto assistito in modalità assoluta e Non valori medi di intervento rispetto alla complessiva platea di assistiti.

Comunque, in fase di assegnazione delle Prestazioni Integrative, si dovrà tenere conto anche del budget assegnato a ciascun utente e del budget complessivo assegnato al Progetto, come definito nel successivo Paragrafo.

Per tali **Prestazioni Accessorie**, pertanto, la Scheda di cui allegato 2 o allegato 3 (per giovani minori), assume il seguente aspetto grafico:

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

Nella Tabella:

la colonna N-H indica l'unità di misura della Prestazione se numerica o oraria;

la colonna Max indica il **valore massimo** medio di intervento mensile previsto a progetto a carico dell'Istituto, **per ciascun soggetto assistito**;

la colonna S/N indica l'opportunità di assegnazione della Prestazione definita in sede di valutazione;

la colonna Descrizione dell'intervento contiene l'analisi sintetica della prestazione assegnata;

la colonna Q indica la quantità assegnata di prestazione specifica in sede di elaborazione del Programma Socio Assistenziale.

Qualsiasi altra prestazione assegnata, oltre la tipologia o i limiti sopra definiti sarà a cura e a carico del Soggetto Proponente con l'eventuale compartecipazione, parziale o **integrale**, ai costi del Soggetto Beneficiario senza alcun addebito nei confronti dell'Istituto.

15. Le Prestazioni Integrative. Le Tariffe. Il Budget

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

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

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

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

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

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

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

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

In caso di progetto per giovani minori il “budget” disponibile annuo, a carico dell’istituto, a favore del Soggetto Proponente, per l’attivazione di Prestazioni Integrative è così definito:

	ISEE						
	0 – 8.000	8 - 16	16 - 24	24 - 32	32 – 40	40 - 48	48 -
Comma 3	5.000,00	4.500,00	4.000,00	3.500,00	3.000,00	2.500,00	2.000,00
Comma 1	3.500,00	3.000,00	2.500,00	2.000,00	1.500,00	1.000,00	0

16. Il Programma Socio Assistenziale Familiare

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

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

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

Proseguendo nell’esempio precedente relativo alla Mobilità domestica, di cui il soggetto assistito “richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto e deambula con difficoltà per casa” e in cui l’intervento deve essere supportato, integrato o sostituito da Familiare Convivente e anche da Assistente Familiare, l’allegato 2, alla Colonna F “Programma” riporterà la descrizione sintetica dell’intervento, in capo a ciascuna risorsa, nella definizione delle modalità e dei tempi.

Colonna C	Colonna D	E	Colonna F
Valutazione	Prestazione Socio Assistenziale	*	Programma Socio Assistenziale Familiare
Si alza/rimette a letto senza aiuto, ha piena mobilità domestica	Nessuna		nessuno
Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula per casa autonomamente	Servizi Pubblici / Prest. Integr.		
	Familiare convivente		
	Familiare Non convivente		
	Volontariato		
	Assistente familiare		

Richiede aiuto per alzarsi/rimettersi a letto, deambula con difficoltà per casa	Servizi Pubblici / Prest. Integr.		
	Familiare convivente	*	Descrizione dell'intervento. Modalità e tempi
	Familiare Non convivente		
	Volontariato		
	Assistente familiare	*	Descrizione dell'intervento. Modalità e tempi
Non si alza dal letto	Servizi Pubblici / Prest. Integr.		
	Familiare convivente		
	Familiare Non convivente		
	Volontariato		
	Assistente Familiare		

Il Programma Socio Assistenziale Familiare sarà compilato per ciascuna delle 12 attività quotidiane con la descrizione sintetica dell'intervento individuato rispetto alle Prestazioni identificate in sede di valutazione.

Si procederà, inoltre, con la predisposizione dell'ipotesi di Programma mensile, relativo alle Attività Integrative.

	Attività Integrative	N/H	P	Euro	S/N	Q	Totale
A	OSS	H	12	18,00	S	8	96,00
B	Centro Diurno	N	8	35,00	S	4	140,00
C	Sollievo	H	16		N	0	
D	Trasporto	N	8	10,00	S	4	40,00
E	Pasti a domicilio	N	24		N	0	
F	Ausili	N	1		N	0	
G	Domotica	N	1		N	0	
	Totale						276,00
	Totale annuo						2.952,00

Sopra **l'esempio** di complessiva assegnazione di tutte le Prestazioni Integrative nel numero massimo concedibili, rendicontate al costo standard di ambito.

Nel caso in cui, la prestazione integrativa "interviene" su una delle 12 attività quotidiane di cui sopra, sarà opportuno trascriverne l'utilizzo anche nella specifica sezione del Programma.

Il Programma Socio Assistenziale potrà essere periodicamente aggiornata su istanza delle parti.

17. Il Patto Socio Assistenziale tra le parti

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

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

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

Competono all'Ente aderente:

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

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

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

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

l'erogazione delle eventuali Prestazioni Integrative definite nel Programma;

la rendicontazione delle attività.

Competono all'Istituto:

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

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

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

Competono al soggetto beneficiario e suoi ai familiari:

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

la partecipazione alle attività in house di formazione.

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

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

Copia del Patto così definito e sottoscritto sarà trattenuto agli Atti del Soggetto Proponente per le successive verifiche e attività di rendicontazione.

18. Attivazione del Programma.

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

19. La gestione del modello progettuale

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

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

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

La somma complessivamente pattuita verrà liquidata attraverso un acconto, pari al 40 %, calcolato sulla sola somma massima connessa alla Gestione del Modello (fino a 200 mila euro), alla data di attivazione della Commissione Mista (da istituirsi entro il 31 gennaio 2013) e con quattro ulteriori versamenti a rendiconto delle attività effettivamente svolte, comprensive delle prestazioni integrative, alle date del 30 giugno 2013, 31 dicembre 2013, 31 maggio 2014 e 30 settembre 2014 (data ultima di conclusione delle attività progettuali).

In fase di liquidazione delle somme periodiche a rendiconto verrà versato il 60 % del valore maturato rispetto ai costi di gestione, con il "virtuale" reintegro delle somme versate in acconto, oltre al reintegro dei costi per le attività integrative effettivamente erogate.

Il Soggetto Proponente si impegna alla pianificazione, organizzazione e gestione delle attività come descritte e definite nei successivi punti, da 20 a 28.

20. Lo Sportello Sociale di Informazione e Consulenza Familiare

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

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

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

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

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

Lo Sportello cura le attività di formazione dei care giver nel caso di intervento di familiare come definiti ai precedenti Punti (numero complessivo di ore pari a 12 per l'intero periodo progettuale). Sono ammessi e auspicati anche strumenti di formazione multimediali, di auto formazione e formazione a distanza.

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

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

21. Il Nucleo di competenza: i Case/Care Manager

Il Soggetto Proponente si impegna a disporre di un Nucleo di competenza formato da uno o più Assistenti Sociali in qualità di Case Manager che svolgono le funzioni di coordinamento delle attività di Valutazione del grado di NON autosufficienza nelle modalità sopra definite, la

definizione delle Prestazioni Socio Assistenziali, la redazione del Programma Socio Assistenziale Familiare, la sottoscrizione, per conto del soggetto aderente del Patto Socio Assistenziale Familiare (come definito nei precedenti punti) e il costante monitoraggio dell'attività fino alla loro data di conclusione.

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

22. Registro Assistenti Familiari

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

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

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

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

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

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

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

23. Gestione del Registro degli Assistenti Familiari.

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

Il Gruppo di lavoro, tra l'altro:

- svolge attività di accoglienza e segretariato per le assistenti familiari, volta ad accertare il possesso dei requisiti per l'iscrizione al Registro;
- definisce il profilo psico-attitudinale delle assistenti familiari per rilevare le specifiche competenze;
- organizza e gestisce i corsi di formazione per l'accesso al Registro;
- svolge attività di accoglienza e consulenza alle famiglie per l'inserimento dell'Assistente familiare domiciliare anche con percorsi di formazione ad hoc rispetto allo specifico intervento;
- svolge attività di accompagnamento all'inserimento domiciliare;
- gestisce il costante monitoraggio dell'attività.

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

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

24. I Corsi di Formazione per Assistenti Familiari

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

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

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

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

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

25. Il Registro del Volontariato Sociale

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

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

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

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

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

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

26. Le Attività di Promozione e Comunicazione

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

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

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

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

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

27. La Rete territoriale locale Home Care Premium

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

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

28. La formazione dei Soggetti Proponenti

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

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

Ogni Soggetto Proponente può indicare un referente per ogni 50 soggetti beneficiari obiettivo, per la partecipazione ai suddetti incontri.

Si rileva, inoltre, come annualmente l'Istituto selezioni Corsi Universitari di Aggiornamento Professionale in favore di pubblici dipendenti. Per l'anno 2013 sarà cura dell'Istituto e dei Soggetti Proponenti identificare specifici Corsi che, a livello regionale, possano qualificare ulteriormente i Dirigenti e i Funzionari responsabili del welfare di ambito.

29. Il Forum Home Care Premium 2012

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

Il riferimento twitter è **@HomeCarePremium**.

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

30. La Rendicontazione dei costi sostenuti

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

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

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

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

31. Commissione Mista

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

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

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

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

32. Privacy

Ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. n. 196/2003, Codice della Privacy, il trattamento dei dati personali e sensibili dei beneficiari e dei loro familiari da parte dei soggetti pubblici aderenti ha luogo per effetto della loro designazione a “Responsabili esterni del trattamento”, ai sensi dell’art. 4 e 29 del Codice, cui provvede ciascuna Direzione Regionale, all’atto della stipula dell’Accordo di programma.

Secondo i casi, la designazione riguarda gli Ambiti Territoriali Sociali o i Soggetti Proponenti come sopra definiti.

Il Responsabile esterno del trattamento provvede alla designazione degli “Incaricati del trattamento”, ai sensi degli artt. 4 e 30 del Codice, cui impartisce le istruzioni del caso, finalizzate alla protezione dei dati personali trattati, in conformità del Codice.