

COPERTURA LONG TERM CARE

Cos'è, quali prestazioni offre e a chi, come funziona, come attivarla

Long Term Care (LTC), termine ovviamente anglosassone, indica cure di lungo periodo; ci si riferisce pertanto a soggetti colpiti da eventi invalidanti tali da generare uno stato di non autosufficienza caratterizzata dall'impossibilità di condurre una vita autonoma.

La copertura nazionale di categoria

Il più recente rinnovo del CCNL, siglato il 8/12/2007, aveva introdotto l'obbligo, per le Aziende del settore, di versare un contributo annuale da destinare alla copertura assicurativa connessa a tali eventi.

La successiva fase di studio e di analisi ha portato alla stipula di un accordo nazionale con ABI il 22/12/2008 che ha definito le modalità di contribuzione delle Aziende, i contenuti della copertura e l'affidamento della medesima alla CASDIC (Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale del Settore del Credito).

Le modifiche statutarie in Cassa Assistenza Sanpaolo

La medesima copertura era stata a suo tempo introdotta in favore degli Iscritti alla Cassa di Assistenza Sanpaolo; in conseguenza delle decisioni prese a livello di categoria veniva a crearsi una doppia copertura, ovviamente onerosa per la Cassa.

In data 9/4/2009 è stato modificato lo Statuto, mantenendo la precedente copertura Cassa Assistenza unicamente per quei soggetti che non risultavano ricompresi nella copertura CASDIC. Poiché l'onere contributivo è ora interamente a carico dell'Azienda, si è così recuperato il corrispettivo di spesa a favore della collettività degli Iscritti.

Quindi oggi la Cassa di Assistenza Sanpaolo copre unicamente i soggetti destinatari della prestazione del Fondo di Solidarietà alla data del 1/1/2008.

Ogni altra richiesta va quindi inoltrata alla CASDIC secondo le modalità di seguito riportate.

Destinatari

La copertura decorre dal **1/1/2008**.

Sono quindi assicurati tutti coloro in servizio a tale data a tempo indeterminato, anche part-time, compresi gli apprendisti.

Sono inoltre compresi i rapporti di lavoro a tempo determinato e contratto di inserimento qualora la non autosufficienza si determini in costanza di rapporto.

La copertura è inoltre operativa nei confronti di coloro che non risultino più in servizio dalla data di decorrenza in avanti, ad esclusione di: cessati senza diritto alla pensione, cessati senza diritto al Fondo di sostegno al reddito, licenziati per giusta causa o giustificato motivo.

Prestazioni

L'entità della prestazione erogabile viene definita ogni 3 anni dal Consiglio di amministrazione della CASDIC.

Per il biennio 2008 – 2010 la prestazione consiste in un **rimborso per un totale annuo massimo di 13.200,00 euro, erogabile anche mensilmente**, a fronte di presentazione di documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute relativamente allo stato di non autosufficienza, preventivamente accertato.

Il rimborso è erogato a partire dal manifestarsi dello stato di non autosufficienza per tutta la sua durata, purché questa sia superiore ai 90 giorni.

In altri termini la condizione di non autosufficienza dà diritto alle prestazioni dal verificarsi dell'evento fino al momento del decesso, fermo restando il mantenimento della condizione stessa.

La prestazione si applica ai sinistri manifestatasi a partire dal 1 gennaio 2008.

Per la copertura del **periodo transitorio** dal 1/1/2008 al 30/6/2009, verranno prese in considerazione le richieste pervenute entro il 31/12/2009 relative agli eventi avvenuti in tale periodo, a condizione che siano certificati tramite documentazione rilasciata dalla struttura pubblica.

Le prestazioni cessano col cessare della condizione di non autosufficienza.

Definizione di non autosufficienza

La certificazione avviene con un metodo a punteggio, lo stesso utilizzato dal Servizio Sanitario Nazionale, che classifica le attività ricorrenti nella vita quotidiana ed assegna ad ognuna un punteggio, in relazione alla durata dell'assistenza necessaria per svolgerle.

La perdita di autosufficienza avviene quando, per un periodo superiore ai 90 giorni, la persona è incapace di svolgere da sola gli "atti elementari della vita quotidiana" di seguito indicati, necessitando quindi dell'aiuto e dell'assistenza di un'altra persona:

- lavarsi riferito a farsi la doccia e/o il bagno
- vestirsi e svestirsi ovvero compiere le azioni indicate
- igiene personale ovvero andare al bagno, igiene intima, lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
- mobilità riferito ai movimenti all'interno dell'abitazione, alzarsi dalla sedia, alzarsi dal letto
- incontinenza causata dallo stato di malattia
- alimentazione riferito alla consumazione di pasti e bevande.

Una commissione medica incaricata dalla CASDIC accerta il grado di autonomia del beneficiario ed assegna un punteggio secondo uno schema di valutazione funzionale. Il punteggio, definito da apposite tabelle, potrà essere di 0 punti (massima autonomia), 5 punti (media) o 10 punti (dipendenza completa). Con la somma di 40 punti viene riconosciuto lo status di non autosufficiente a decorrere dalla data della richiesta.

La commissione interagisce con il paziente direttamente sul territorio ed è composta da: un geriatra, uno psicologo, un ortopedico, un cardiologo ed un medico legale.

La procedura prevede la possibilità di ricorrere avverso il giudizio della commissione medica e la revisione e controllo ogni anno.

Servizi di assistenza

La copertura garantisce anche una serie di servizi aggiuntivi che sono costituiti da:

- Accesso alla **rete di strutture convenzionata** della **Newmed S.p.A** che dispone di:
 - strutture sanitarie
 - residenze pubbliche e private

- assistenza infermieristica domiciliare
 - servizi assistenziali (badanti, aiuti domestici ecc.)
 - psicologi e psicoterapeuti.
- **Centrale Operativa** accessibile tramite numero verde **800-916045** (in funzione dal lunedì al venerdì ore 9 – 18 ed al sabato ore 8 – 12) che può fornire
 - Informazione sulle strutture sanitarie convenzionate
 - Informazione sulle procedure operative per apertura della pratica
 - Informazione sulla gestione del paziente
 - Informazione sui centri di volontariato non convenzionati
 - Soluzione dei problemi burocratici relativi alla pratica
 - Gestione dell'assistenza (ricerca del medico, interventi a domicilio ecc)
 - Informazione sulle forniture di beni (sedie a rotelle, materiali sanitari ecc)
 - Informazioni sullo stato della pratica di rimborso.

Come attivare le prestazioni

Per richiedere le prestazioni bisogna compilare il modulo di denuncia del sinistro, allegando un certificato medico attestante lo stato di non autosufficienza e una relazione medica sulle cause di perdita dell'autosufficienza, unitamente alla lettera di consenso.

Deve essere allegata tutta la documentazione medica utile ai fini della valutazione del quadro clinico.

Tutta la documentazione dovrà essere inviata in busta chiusa tramite raccomandata A.R. a:

CASDIC Piazza Grazioli 16 00186 Roma

Una volta ricevuta la documentazione la CASDIC provvederà nel tempo massimo di tre mesi ad eseguire gli accertamenti necessari.

Intesa Sanpaolo, come altre aziende del settore, sta completando tutte le necessarie procedure di informativa ai dipendenti e di trasmissione dei dati necessari a CASDIC.

Ricordiamo che in questa fase di avvio, per tutti gli eventi avvenuti nel periodo 1/1/2008 – 30/6/2009, potrà essere inoltrata la richiesta a CASDIC entro il 31/12/2009.

Tutta la modulistica necessaria è reperibile sul sito www.casdic.it, in particolare alla pagina <http://www.casdic.it/Documents.asp?DocumentAreaID=24>, a cui si rimanda per ogni eventuale approfondimento.

6 agosto 2009

**Delegazione Trattante FISAC/CGIL
Gruppo Intesa SanPaolo**