

CASDIC

Circolare contenente le linee guida per la gestione dell'attività e la definizione quantitativa e qualitativa delle prestazioni erogate dalla Cassa nel triennio 2008-2010 in materia di *Long Term Care*

Delibera del Consiglio di Amministrazione del 29/05/2009

Con la presente circolare restano determinate e fissate le linee guida per la gestione da parte di Casdic dell'attività di *long term care* e vengono individuate e specificate le prestazioni da erogarsi in favore dei beneficiari

Si raccomanda vivamente che le Aziende provvedano alla massima diffusione della presente circolare tra gli aventi diritto alle prestazioni LTC.

PREMESSA

È fatto specifico e preliminare riferimento alla normativa tutta contenuta nei verbali di accordo stipulati dai Soci della Casdic il 22 dicembre 2008, nel vigente Statuto e nel Regolamento della Casdic in tema di *long term care*; il Consiglio di Amministrazione in forza dei poteri attribuitigli ha emanato le disposizioni di cui in appresso nel pieno ed assoluto rispetto di detta normativa.

■ GLI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI LTC

Detti aventi diritto, individuati attraverso i dati personali di ciascuno trasmessi dall'Azienda di appartenenza e/o di riferimento, quale titolare del trattamento a una società di Elaborazione dati incaricata da Casdic, sono:

- 1) Con riferimento alle Aziende bancarie che hanno conferito mandato di rappresentanza sindacale all'ABI nonchè alle Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali, soci della Cassa, che applicano il CCNL del settore del credito stipulato da ABI:
 - a) A far data dal 1.1.2008, i lavoratori in servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, anche parziale, ivi compresi gli apprendisti;

- b) A far data dal 1.1.2008 i lavoratori in servizio con contratto a tempo determinato e con contratto di inserimento hanno diritto alle prestazioni LTC, qualora la condizione di “non autosufficienza” si determini in costanza di rapporto;
 - c) Lavoratori dimessi successivamente all’1.1.2008 con diritto immediato a trattamento pensionistico;
 - d) Lavoratori dimessi successivamente all’1.1.2008 per esodo incentivato;
 - e) Lavoratori dimessi successivamente all’1.1.2008 per accesso al Fondo di solidarietà;
 - f) Lavoratori cessati successivamente all’1.1.2008 per superamento periodo conservazione del posto e per invalidità permanente (cessati ex art.71 lett.a, CCNL 8.12.2007 ed ex art.26 comma 1 alinea 3 CCNL 10.01.2008);
 - g) Lavoratori cessati successivamente all’1.1.2008 in quanto ultra 60 anni che rinunciano alla prosecuzione del lavoro (cessati ex art.71 lett.b, CCNL 8.12.2007 ed ex art.26 comma 1 alinea 4 CCNL 10.01.2008);
 - h) Lavoratori cessati successivamente all’1.1.2008 per giusta causa da parte del lavoratore (cessati ex art.71 lett.f, CCNL 8.12.2007);
 - i) Dirigenti cessati successivamente all’1.1.2008 ai sensi dell’art.2118 c.c. (cessati ex art.26 comma 1, alinea 1 CCNL 10.1.2008)
 - j) Il personale in quiescenza, anche quando l’Azienda, successivamente al pensionamento, revoca ad ABI il mandato di rappresentanza sindacale
- 2) Con riferimento alla Casdic:
- a) Tutti i dipendenti in servizio a far data dal 1 gennaio 2008.

In ogni caso, gli aventi diritto per beneficiare delle prestazioni LTC dovranno risultare “non autosufficienti” in base ai criteri appresso specificati e le Aziende, le Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali e la Casdic dovranno aver versato il relativo contributo annuale nel termine stabilito.

I beneficiari delle prestazioni LTC, al momento della richiesta, dovranno risultare già inseriti negli elenchi nominativi trasmessi alla Cassa dalle Aziende ovvero dalle Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali di riferimento.

■ LE PRESTAZIONI

Il Consiglio di Amministrazione, normalmente ogni 3 anni, definisce l'entità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili.

Per il biennio 2008-2010 le prestazioni consistono in:

- Rimborso per un totale massimo di 13.200,00 €. annuali, erogabile anche mensilmente per i "quadri direttivi, il personale delle aree professionali e per i dirigenti" a fronte presentazione di valida documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute in relazione allo stato di non autosufficienza preventivamente accertato.

Tale rimborso è pagabile al verificarsi dello stato di non autosufficienza per tutta la sua durata, purché questa sia superiore a 90 giorni. La definizione di "non autosufficienza" è stabilita nell'art.17 del Regolamento della Cassa ed è riportata nel paragrafo successivo ad essa dedicato.

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

In via transitoria relativamente al periodo 01 gennaio 2008 – 30 giugno 2009, verranno prese in considerazione le richieste presentate entro il 31 dicembre 2009 relative agli eventi che si sono verificati in tale periodo transitorio, a condizione che possano essere certificate tramite apposita documentazione medica rilasciata da struttura pubblica (SSN).

■ I SERVIZI

Per la verifica, valutazione, e gestione di tutte le posizioni relative alle prestazioni di *long term care*, IL C.d.A. ha deliberato di stipulare un contratto di servizi con la Newmed S.p.A, di seguito denominata anche società di gestione.

Alla Società di gestione sono affidati i seguenti servizi da rendere in favore degli assistiti.

Accesso al Network convenzionato con Newmed relativo a:

- Strutture sanitarie e socio sanitarie
- Residenze Socio Assistenziali (RSA) private e pubbliche
- Strutture di riabilitazione e lungodegenza
- Assistenza domiciliare di tipo infermieristico
- Servizi socio assistenziali (badanti, piccoli aiuti domestici, commissioni, interventi ausiliari personalizzati, ecc.)
- Psicologi e psicoterapeuti per supporto post-traumatico
- Altri consulenti

Inoltre sono a disposizione entro il 1° luglio 2009 i seguenti servizi di supporto:

Customer Care center e Centrale Operativa Assistenza accessibile attraverso numero verde 800-916045 (in funzione dal lunedì al venerdì H 8-18 ed il sabato H 8-12) per:

- Informazioni sulle strutture sanitarie pubbliche e private nell'ambito del Network.
- Informazioni sulle procedure operative (es: informazioni sulla modulistica necessaria per apertura delle pratiche).
- Informazioni sulla gestione del paziente non autosufficiente.
- Informazioni sui programmi CASDIC per assistenza sanitaria LTC.
- Informazioni sui centri di volontariato (non convenzionati) a cui potersi rivolgere per ricevere ulteriore supporto.
- Soluzione di problematiche inerenti la LTC (su organizzazione e gestione – con particolare attenzione agli aspetti burocratici – del paziente non autosufficiente nelle diverse regioni italiane).
- Indicazioni entro 48 ore su casi concreti.
- Gestione dell'assistenza (supporto nella ricerca del centro medico e, in attesa, organizzazione di interventi infermieristici o socio assistenziali presso il domicilio, trasporto da e per strutture sanitarie, esclusa urgenza).
- Informazioni su operatori ed aziende specializzati in grado di fornire servizi anche attraverso offerte di beni (tipo: sedie a rotelle, materiali ortopedici-sanitari, deambulatori, ecc.) a condizioni particolari.
- Informazioni sullo stato della pratica di rimborso delle spese di ospedalizzazione e socio assistenziali.

Estensione dei servizi

I servizi relativi al Network di Newmed, al Customer Care Center ed alla Centrale Operativa Assistenza sopra descritti saranno erogati anche nei confronti di tutti i soggetti legati all'avente diritto dal 1° grado di parentela ascendente e discendente, compresi i genitori del coniuge, conviventi, non conviventi, fiscalmente a carico e non. Tutti i costi e le spese resteranno a carico esclusivo dei suddetti familiari.

Secondo parere medico (Second opinion)

1 Oggetto delle prestazione

La tutela della Second Opinion permette agli aventi diritto di accedere per il tramite di Newmed, alla consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali.

La tutela della Second Opinion è prestata con riferimento alle seguenti condizioni patologiche diagnosticate presso strutture sanitarie autorizzate :

1. MALATTIE CARDIOVASCOLARI
2. MALATTIE CEREbroVASCOLARI (ICTUS)
3. CECITÀ
4. SORDITÀ
5. TUMORI MALIGNI
6. INSUFFICIENZA RENALE
7. TRAPIANTO DI ORGANO
8. SCLEROSI MULTIPLA
9. PARALISI
10. MALATTIA DI ALZHEIMER
11. MALATTIA DI PARKINSON
12. GRAVI USTIONI
13. COMA

In ogni caso la Second Opinion potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che a giudizio della commissione medica preposta dalla Newmed possano essere ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di non autosufficienza.

La tutela della Second Opinion consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che fornisce un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto, con la finalità di assistere l'Avente diritto ed il suo Medico Curante nel percorso di diagnosi e cura. Particolare oggetto della Second Opinion sono le condizioni cliniche complesse, in cui talora vi sono pareri medici discordanti in relazione alla diagnosi o alla terapia, e l'Avente diritto abbia necessità di un parere specialistico di altissimo livello.

2 Composizione della rete di Centri di Eccellenza

Il consulto di Second Opinion viene fornito attraverso Newmed con il supporto di partners specializzati nel settore dell'analisi e gestione dei dati clinici, che consentono l'accesso ai primari centri di eccellenza medica internazionale. La composizione della rete di tali centri può subire variazioni nel tempo e a titolo puramente indicativo ne fanno, tra gli altri, attualmente parte:

•	Massachusetts General Hospital	Massachussets
•	Brigham & Women's Hospital	Massachussets
•	Dana-Farber Cancer Institute	Massachussets
•	Cleveland Clinic	Ohio
•	Johns Hopkins Medical Center	Maryland
•	Duke University Medical Center	North Carolina
•	Jackson Memorial Hospital	Florida
•	UCLA Medical Center	California

3 – Decorrenza garanzia e limitazioni

Il servizio di Second Opinion viene fornito all'avente diritto, senza alcun costo a suo carico, con le seguenti limitazioni:

- un secondo parere medico per persona e per anno

4 – Attivazione della prestazione

Per l'attivazione dei servizi di Second Opinion l'avente diritto deve:

- contattare il Customer Care Center (CCC) di Newmed al fine di valutare l'operatività della servizio
- inviare a Newmed tutta la propria documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti, TAC, RMN ecc) ritenuta utile per l'analisi del caso, indicando eventualmente il Medico Curante cui fare riferimento

Successivamente:

- la documentazione viene analizzata dallo staff medico di Newmed che ne valuta la completezza e se necessario chiarisce con l'Avente diritto e/o il Medico Curante i quesiti clinici di cui si chiede risposta
- lo staff medico cura la preparazione e la traduzione dei file del dossier clinico in accordo con gli standard richiesti dai centri di eccellenza
- una volta completato il dossier clinico viene trasmesso alla centrale operativa internazionale che in funzione della/e patologia/e e dei quesiti clinici, assegna il caso alla struttura di eccellenza più specializzata nella disciplina e coordina gli interventi dei vari specialisti necessari
- il rapporto diagnostico-terapeutico redatto dagli specialisti del centro di eccellenza viene inviato a Newmed attraverso la centrale operativa internazionale
- Newmed riceve relazione medica riguardo il caso e provvede all'inoltro della stessa all'Avente diritto e/o al Medico Curante da lui indicato. Se richiesto Newmed predispone la traduzione della relazione medica in italiano. Contestualmente viene restituita tutta la documentazione medica.

Resta in ogni caso esclusa ogni responsabilità della Società in merito alle valutazioni medico-sanitarie della consulenza redatta dai medici specialisti. La "Second Opinion"

non deve in alcun modo sostituirsi al parere del medico di fiducia dell'Avente diritto, cui egli deve fare riferimento.

Tutte le fasi del processo hanno luogo in osservanza alle vigenti leggi in materia di tutela della privacy.

Supporto psicologico telefonico

- Verso l'assistito
- Verso la famiglia dell'assistito

Tale supporto una volta aperta la pratica relativa alla "non autosufficienza" dell'avente diritto, consisterà nel contatto periodico telefonico (un contatto telefonico ogni due mesi) da parte di psicologi.

Video-monitoraggio domestico

In alcuni casi non è possibile da parte dei familiari o di chi deve prendersi cura degli aventi diritto con problemi di "non autosufficienza" avere un controllo ("di persona") costante e continuativo del loro stato di salute. In questi casi è possibile l'utilizzo di ausili di controllo video degli ambienti operanti a distanza con trasmissione/interrogazione via rete GSM/GPRS/UMTS (telefonia mobile), il costo attivazione carta SIM e traffico telefonico a carico del richiedente.

Pacchetti di Prevenzione

La CASDIC e la Newmed entro la fine dell'anno 2009 metteranno a disposizione degli aventi diritto appositi protocolli medici al fine di offrire la possibilità di individuare soggetti a rischio, in ordine ai problemi dell'autosufficienza, attraverso esami e screening medici valutabili sulla base di questionari sanitari elettronici che potranno dare luogo ad eventuali cure preventive (costo del servizio a carico del richiedente).

■ LA DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

La perdita di autosufficienza avviene quando, in modo tendenzialmente permanente, o comunque per un periodo superiore a 90 giorni, la persona è incapace di svolgere da sola gli “atti elementari della vita quotidiana” sotto indicati, necessitando pertanto dell’assistenza e dell’aiuto di un’altra persona:

- ✓ lavarsi (farsi il bagno o la doccia);
- ✓ vestirsi e svestirsi;
- ✓ igiene personale;
- ✓ mobilità;
- ✓ continenza;
- ✓ alimentazione (bere e mangiare).

La Newmed avvalendosi di una commissione medica e su incarico della CASDIC, accerta il grado di autonomia del beneficiario ed assegna un punteggio secondo uno schema di valutazione funzionale.

Ad ogni attività sono assegnati tre gradi di autonomia della persona a seconda della sua capacità nel compierla ed assegnati, di conseguenza, tre punteggi (0, 5, 10).

In base alla definizione fornita nel Regolamento della Cassa per la L.T.C. verrà riconosciuto lo stato di non autosufficienza se la somma del punteggio raggiunge almeno 40 punti.

TABELLA PUNTI

Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

Lavarsi

1° grado: l’Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado: l’Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno:

punteggio 5

3° grado: l’Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e

durante l'attività stessa del farsi il bagno:

punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore sia per la parte inferiore del corpo:

punteggio 10

Igiene personale

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività

punteggio 10

Mobilità

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle o le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi:

punteggio 10

Continenza

1° grado: l'Assistito è completamente continente

punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno:

punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia.

punteggio 10

Alimentazione

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare

bevande e cibi preparati e serviti

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività:

- sminuzzare/tagliare i cibi
- sbucciare la frutta
- aprire contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.

punteggio 10

■ COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Chi si dovesse trovare in uno stato di non autosufficienza, per richiedere la prestazione dovrà compilare il Modulo di denuncia del sinistro e completare la richiesta con un certificato medico attestante lo stato di non autosufficienza, unitamente ad relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti sulla base dei fac-simili predisposti dalla Cassa.

A tal fine, si allegano alla presente circolare il fac-simile di denuncia del sinistro con la lista dei documenti da presentare; il fac-simile sul quale redigere il certificato medico; il fac-simile sul quale redigere la relazione medica.

Inoltre dovrà essere allegata documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico.

Tutta la suddetta documentazione dovrà essere inviata, in busta chiusa, e per raccomandata a.r. a:

CASDIC - Piazza Grazioli n. 16 – 00186 Roma

Per rendere possibile una corretta e tempestiva istruttoria della richiesta di prestazioni *long term care* è necessario procedere alla compilazione dei suddetti Moduli in ogni loro sezione, dichiarando sotto l'esclusiva responsabilità del richiedente di aver già dato tutti i necessari consensi ed autorizzazioni al trattamento dei dati personali anche sensibili.

Una volta ricevuta l'intera e completa documentazione e le richieste dichiarazioni, la CASDIC e la Società di Gestione provvederanno nel tempo massimo di tre mesi ad eseguire gli accertamenti necessari.

L'accertamento con esito positivo dà diritto all'erogazione della prestazione a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza.

Si precisa che le prestazioni sono erogate da Casdic solo se lo stato di non autosufficienza si è manifestato per la prima volta dopo il 1° gennaio 2008.

Le prestazioni sono dovute, permanendo lo stato di non autosufficienza fino al decesso dell'assistito, che dovrà essere immediatamente comunicato dai familiari conviventi alla Cassa ed alla Società di Gestione.

Gli importi percepiti dopo il decesso dovranno essere rimborsati.

In caso di venir meno dello stato di non autosufficienza è fatto obbligo al beneficiario di farne immediata comunicazione alla Casdic.

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica ogni dodici mesi.

■ DICHIARAZIONE DI ESISTENZA IN VITA – Obblighi dei beneficiari.

Per quanto riguarda tutti gli aventi diritto, che si trovano in uno stato di non autosufficienza già accertato, e che pertanto beneficiano tramite la CASDIC di prestazioni LTC, gli stessi devono inviare alla CASDIC, a mezzo raccomandata, una dichiarazione di esistenza in vita entro il 31 dicembre di ogni anno, con l'indicazione di nome, cognome, data di nascita e codice fiscale. Un fac-simile di detto modello potrà essere anche scaricato, collegandosi al sito della Cassa, www.casdic.it, accedendo all'apposita sezione "**BENEFICIARI - Dichiarazione di esistenza in vita.**"

■ INFORMATIVA PRIVACY (d.lgs. 30.06.2003 n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

L'informativa relativa al trattamento dei dati personali da parte di CASDIC, della Società

di Gestione e della Società di Elaborazione Dati è comunicata a tutti gli aventi diritto dall'Azienda di appartenenza, quale **titolare** del trattamento.

L'informativa relativa al trattamento dei dati sensibili di tutti coloro che avanzano richiesta di assistenza in materia di LTC è comunicata attraverso lettera postale ai singoli soggetti che fanno richiesta di assistenza LTC, ovvero attraverso specificazioni telefoniche registrate nel caso di contatto telefonico per il tramite del contact center della Newmed.

L'informativa sul trattamento dei dati sensibili, unitamente al testo della lettera di consenso sono reperibili insieme al modulo per la richiesta di assistenza anche sul sito internet www.casdic.it

Il trattamento dei dati è protetto da specifiche e appropriate misure di sicurezza.

Restano fermi i diritti di accesso riconosciuti dagli artt. 7-10 del Codice "privacy" e per il loro esercizio, nonché per informazioni più dettagliate, rivolgersi alla CASDIC – Piazza Grazioli, 16 - 00186 Roma, tel. 06.6794446-7, fax 06.6794448, e-mail info@casdic.it.

Un' informativa più completa e dettagliata sul trattamento dei dati e il modulo di consenso sono reperibili insieme al modulo per la denuncia di sinistro sul sito internet www.casdic.it.

Il rilascio del consenso scritto e/o registrato è presupposto indispensabile e necessario per la disamina e la decisione sulla richiesta di assistenza.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito internet della Cassa all'indirizzo www.casdic.it, dove si trova una descrizione della Cassa, degli obblighi verso i propri beneficiari, oltre a copia dello Statuto, del Regolamento e del Modulo di richiesta di assistenza LTC.

Si allega la modulistica sopra citata (mod.1, 2, 3).

Roma, li

CASDIC

Il Presidente

Gerardo Gerardi