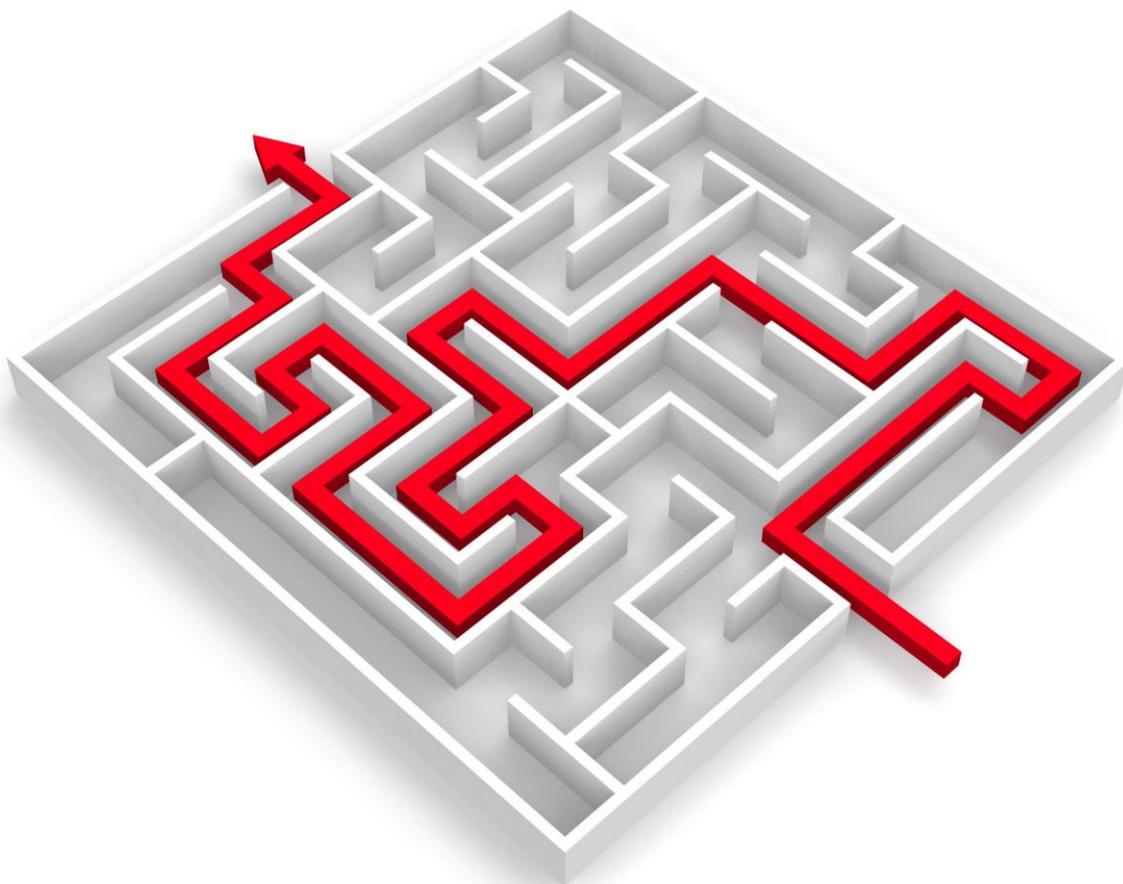




FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI
DIPARTIMENTO WELFARE

Email: welfare@fabi.it



LA COPERTURA
“LONG TERM CARE” ABI
PER DIPENDENTI, ESODATI E PENSIONATI
LO SAPEVI CHE ...
TI ABBIAMO ASSICURATO A VITA?

LE GUIDE DEL DIPARTIMENTO WELFARE DELLA FABI
EDIZIONE NOVEMBRE 2015

SOMMARIO

- 01. COS'È LA POLIZZA LTC**
- 02. COSTO DELLA POLIZZA**
- 03. GLI AVENTI DIRITTO ALLA PRESTAZIONE**
- 04. PRESTAZIONI EROGABILI**
- 05. DEFINIZIONE DI “NON AUTOSUFFICIENZA”**
- 06. I SERVIZI OFFERTI**
- 07. COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI**
- 08. COME ATTIVARE LA “SECOND OPINION”**
- 09. ALLEGATO 1 - TABELLA PUNTI**
- 10. ALLEGATO 2 - I SERVIZI**
- 11. CONCLUSIONE**

01 - CHE COS'È LA POLIZZA LTC (LONG TERM CARE)

Long Term Care (LTC), termine mutuato dalla lingua anglosassone, sta per indicare 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.

Long Term Care è una polizza sanitaria per i non autosufficienti, in altre parole "assistenza sanitaria di lungo termine".

Questo tipo di polizza, offerta da pochissime compagnie specializzate, ha la finalità di gestire assicurativamente le condizioni di non autosufficienza, in altre parole quelle situazioni che portano la persona all'impossibilità di prendersi autonomamente cura di se stessa a causa di gravi infortuni o di malattie fortemente invalidanti.

Ma quando, dal punto di vista assicurativo, si può parlare di non autosufficienza? In altre parole, quando, avendo una polizza LTC si acquisisce il diritto alla prestazione da parte della compagnia?

La maggior parte delle polizze di questo tipo presenti sul mercato riconducono la non autosufficienza alla perdita di un certo numero di Adl (Activities of daily living, in altre parole capacità di compiere gli atti elementari della vita). S'intendono attività quali nutrirsi, vestirsi, lavarsi e muoversi.

Alla perdita di due o tre di queste capacità si attiva la copertura della polizza LTC, garantendo nei termini contrattualizzati la copertura finanziaria dei costi che devono essere sostenuti per l'assistenza socio-sanitaria al malato.

È con quest'obiettivo che è stata pensata la copertura assicurativa per l'intera categoria dei bancari del settore ABI.

Con il rinnovo contrattuale nazionale del 2007, ABI e le Organizzazioni Sindacali hanno istituito presso CASDIC (Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per i Dipendenti del Settore del Credito) con un contributo a totale carico delle Aziende, un fondo per l'erogazione di rimborsi al personale in servizio al 01 gennaio 2008 che dovesse trovarsi in situazioni di non autosufficienza.

02 - COSTO DELLA POLIZZA

A seguito del rinnovo del CCNL 19/01/2012 e all'aumento del contributo a carico delle Aziende ivi previsto, si è provveduto - d'intesa con il Consiglio di Amministrazione di CASDIC ad aumentare - per il triennio 01 gennaio 2013 / 31 dicembre 2015 - l'importo annuale pro-capite massimo rimborsabile da 13.200 a 16.800 euro.

Nessun premio è previsto a carico del Lavoratore.

La contribuzione (definita contrattualmente) è versata esclusivamente dell'azienda.

03 - GLI AVENTI DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Hanno diritto alla copertura assicurativa:

- 1) tutti i dipendenti in servizio al 01.01.2008 (o successivamente assunti), anche se con contratto a tempo determinato (in quest'ultimo caso la copertura è valida solo per il periodo del rapporto di lavoro e non si estende dopo la cessazione dello stesso, salvo ovviamente successiva assunzione a tempo indeterminato);

2) tutti i lavoratori dimessi/cessati successivamente a tale data:

- a. Per diritto a immediato trattamento pensionistico,
- b. Per esodo incentivato,
- c. Per accesso al fondo di Solidarietà,
- d. Per superamento periodo di conservazione del posto di lavoro e per invalidità permanente (ex art.71 lett. a CCNL 8.12.2007 ed ex art.26 comma 1 alinea 3 CCNL 10.01.2008),
- e. Per lavoratori ultra 60enni che rinunciano alla prosecuzione del lavoro (ex art.71 lett. b CCNL 8.12.2007 ed ex art.26 comma 1 alinea 4 CCNL 10.01.2008),
- f. Per giusta causa da parte del lavoratore (ex art.71 lett.f, CCNL 8.12.2007),
- g. Dirigenti cessati ai sensi dell'Art.2118 c.c (ex art.26 comma 1, alinea 1 CCNL 10.1.2008)

04 - PRESTAZIONI EROGABILI

L'entità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili sono definite ogni 3 anni.

Per il triennio 2013-2015 le prestazioni consistono in:

Rimborso per un totale massimo di € 16.800,00 annuali (erogabile anche mensilmente) per il personale delle aree professionali, i quadri direttivi ed i dirigenti, a fronte di presentazione di valida documentazione riguardante prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute riguardo 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 prestazione si applica alle situazioni di non autosufficienza (in termini assicurativi ai sinistri) manifestatesi a partire dal 1° gennaio 2008.

La definizione di "non autosufficienza" è stabilita nell'art.17 del Regolamento della Cassa ed è di seguito riportata.

Al momento in cui scriviamo non sono ancora state definite eventuali variazioni dei massimali per il triennio 2016-2018.

05 - 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 Spa - società incaricata di gestire i servizi erogati - avvalendosi di una commissione medica e su incarico della CASDIC, accerta il grado di autonomia del beneficiario e assegna un punteggio secondo uno schema di valutazione funzionale.

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

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

La condizione di non autosufficienza dà diritto alle prestazioni c.d. "vita intera" ovvero dal verificarsi dell'evento fino al momento del decesso, fermo restando il mantenimento della condizione stessa.

Le prestazioni cessano col cessare della condizione di non autosufficienza.

Per leggere la modalità di attribuzione di punteggi vedasi l'Allegato 1

06 - I SERVIZI OFFERTI

Per la verifica, valutazione, e gestione di tutte le posizioni che si riferiscono alle prestazioni di Long Term Care, la società incaricata di gestire i servizi è la Newmed S.p.A.

Tali prestazioni riguardano :

Accesso al Network convenzionato con Newmed (Strutture sanitarie, Residenze Socio Assistenziali private o pubbliche, strutture riabilitative di lungodegenza, Assistenza domiciliare di tipo infermieristico...);

Secondo parere medico (Second Opinion). Tale parere è a valere esclusivamente per 13 patologie diagnostiche da strutture sanitarie autorizzate:

MALATTIE CARDIOVASCOLARI

MALATTIE CEREBROVASCOLARI (ICTUS)

CECITÀ

SORDITÀ

TUMORI MALIGNI

INSUFFICIENZA RENALE

TRAPIANTO DI ORGANO

SCLEROSI MULTIPLA

PARALISI

MALATTIA DI ALZHEIMER

MALATTIA DI PARKINSON

GRAVI USTIONI

COMA

Sono inoltre a disposizione numerosi servizi di supporto utilizzabili attraverso la Centrale Operativa accessibile al numero verde 800-916.045 in funzione dal Lunedì al Venerdì dalle 8.00 alle 18.00 e il sabato dalle 8.00 alle 12.00

I servizi di supporto individuati sono, in sintesi:

4 consulenza telefonica per informazioni agli assistiti su tutto quanto è inerente alla copertura;

organizzazione della fornitura (vendita o noleggio) di apparecchi di supporto;

consulenza e supporto nei rapporti con la pubblica amministrazione che svolge funzioni diverse secondo la regione;

informazioni e/o convenzioni con medici e strutture residenziali socio assistenziali, strutture di riabilitazione e di lungodegenza;

informazioni e/o convenzioni per assistenza domiciliare specialistica (infermieristica) e/o assistenza socio assistenziale (badanti ecc.)

informazioni e/o convenzioni con psicologi e psicoterapeuti per supporto post-traumatico.

Sono disponibili, su tutto il territorio nazionale attraverso una centrale operativa e indirizzati sia verso l'assistito che la famiglia dello stesso.

Per leggere tutte le specifiche concernenti, i Servizi offerti si veda l'Allegato 2

07 - 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 una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza.

A tal fine, sul sito internet della CASDIC, sono reperibili:

- 1) il fac-simile di denuncia del sinistro con la lista dei documenti da presentare;
- 2) il fac-simile sul quale redigere il certificato medico;
- 3) 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 documentazione dovrà essere inviata, in busta chiusa, e per raccomandata a.r. a:
CASDIC - Piazza Grazioli n. 16 - 00186 Roma

Il materiale di cui sopra è reperibile all'indirizzo internet: www.casdic.it in "Area riservata ai dipendenti" cliccando su "Cosa fare in caso di richiesta di prestazioni".

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 e 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 a 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.

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 e alla Società di Gestione; gli importi percepiti dopo il decesso dovranno essere rimborsati.

In caso che venga meno lo stato di non autosufficienza è fatto obbligo al beneficiario di darne immediata comunicazione alla Casdic.

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

In fondo al presente documento sono riportati:

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA PER I DIPENDENTI DEL SETTORE DEL CREDITO (LONG TERM CARE);

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

LETTERA DI CONSENSO

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.

08 - COME ATTIVARE LA “SECOND OPINION”

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 del 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.

In seguito:

la documentazione è 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 l’iter, il dossier clinico è 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 è inviato a Newmed attraverso la centrale operativa internazionale;

Newmed riceve relazione medica riguardo al caso e provvede alla spedizione della stessa all’Avente diritto e/o al Medico Curante da lui indicato.

Se richiesto Newmed predisponde la traduzione della relazione medica in italiano.

Contestualmente è restituita tutta la documentazione medica.

09 - ALLEGATO 1 - TABELLA PUNTI

Schema per l’accertamento dell’insorgere di non autosufficienza:

Lavarsi

l’Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo (punteggio 0)

l’Assistito ha bisogno di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno (punteggio 5)

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

l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo (punteggio 0)

l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo (punteggio 5)

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

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):

andare al bagno

lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

compiere atti d'igiene personale dopo essere andato in bagno (punteggio 0)

l'Assistito necessita di assistenza per almeno 1 o al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (punteggio 5)

l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (punteggio 10)

Mobilità

l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi (punteggio 0)

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)

l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi (punteggio 10)

Continenza

l'Assistito è completamente continente (punteggio 0)

l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno (punteggio 5)

l'Assistito è completamente incontinente e sono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia (punteggio 10)

Alimentazione

l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti (punteggio 0)

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

sminuzzare/tagliare il cibo

sbucciare la frutta

aprire contenitore/una scatola

versare bevande nel bicchiere (punteggio 5)

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)

10 - ALLEGATO 2 - I SERVIZI

Per la verifica, valutazione, e gestione di tutte le posizioni che si riferiscono alle prestazioni di Long Term Care, il C.d.A. di Casdic 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 il

numero verde 800-916045

in funzione dal lunedì al venerdì H 8-18 e 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) cui potersi rivolgere per ricevere successivo 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 d'interventi infermieristici o socio assistenziale presso il domicilio, trasporto da e per strutture sanitarie, esclusa urgenza).

Informazioni su operatori e 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.

I servizi relativi al Network di Newmed, al Customer Care Center e 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 strutture specialistiche che operano presso Centri 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 Massachusetts

*Brigham & Women's Hospital Massachusetts

- *Dana_FarberCancerInstitute 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 è fornito all'avente diritto, senza alcun costo a suo carico, con le seguenti limitazioni:

- un secondo parere medico per persona e per anno

11 - CONCLUSIONE

La LTC è un esempio tipico della capacità della FABI, insieme alle altre Organizzazioni del settore, del saper costruire risposte lungimiranti alle esigenze attuali e prospettive dei lavoratori rappresentati.

È infatti tanto vero quanto ancora poco noto il fatto che la prestazione di cui stiamo parlando vada a coprire eventi, pur malaugurati, che potrebbero verificarsi durante il rapporto di lavoro MA ANCHE E, PROBABILISTICAMENTE, SOPRATTUTTO IN ETÀ AVANZATA, E CHE I LAVORATORI SIANO COPERTI **ANCHE DOPO LA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO!**

In un contesto quale quello attuale del nostro Paese nel quale la sanità pubblica mostra sempre più fatica a far fronte ai bisogni della popolazione ed in particolare a quelli della terza età, il sindacato del settore del credito ha saputo pensare e puntare già da fine 2007 a coprire tali fabbisogni, quando in Italia la copertura LTC quasi non si sapeva cosa fosse.

Noi naturalmente auguriamo a tutti di non avere bisogno delle prestazioni assicurative né di questa copertura né di altre quali esse siano (le prestazioni assicurative infatti coprono in ogni caso un danno economico ad un evento infausto verificatosi, che sia un incidente d'auto, una spesa medica, un infortunio od un danno alla casa, solo per fare alcuni esempi). Ma, come per tutte le assicurazioni che stipuliamo, è bene sapere di essere coperti e cosa fare in caso di necessità.

Lo scopo di questa breve guida è proprio quello di informare i lavoratori, gli esodati ed i pensionati in merito alla copertura ed alle prestazioni in essere dal 1/1/2008, senza costi a carico degli stessi ma al 100% a carico delle Aziende che applicano il Contratto Nazionale ABI.

Come di consueto, per ogni dubbio o necessità i rappresentanti sindacali della FABI sono a Vostra disposizione!

Roma, novembre 2015

FABI – DIPARTIMENTO WELFARE

welfare@fabi.it

Hanno contribuito a questo numero

Floriana Benedet

Vincenzo Saporito

Valter Caoduro

Eventuali domande, quesiti o chiarimenti potranno essere indirizzati a: welfare@fabi.it