

CASDIC

Circolare contenente le “Linee guida” per la gestione dell’attività e la definizione quantitativa e qualitativa delle prestazioni erogate dalla Cassa nel periodo in materia di *Long Term Care*.

Da ultimo aggiornate con delibera del Consiglio di Amministrazione del 4 novembre 2015.

Con la presente circolare vengono aggiornate le “Linee guida” per la gestione da parte della CASDIC dell’attività di *long term care* e sono 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 contenuta nei verbali di accordo stipulati dagli Associati della CASDIC il 22 dicembre 2008, il 28 ottobre 2010 e il 18 dicembre 2012, nello Statuto e nel Regolamento della CASDIC in tema di *long term care*.

■ GLI AVENTI DIRITTO ALLE PRESTAZIONI LTC

Gli aventi diritto alle prestazioni per la LTC, individuati attraverso i dati personali di ciascuno trasmessi dall’Azienda/Ente di appartenenza e/o di riferimento, quale titolare del trattamento ex D.Lgs. n. 196 del 2003 alla CASDIC e alla Computing System, nominati Responsabili del trattamento ex D.Lgs. n. 196 del 2003, sono - con riferimento alle Aziende bancarie che hanno conferito mandato di rappresentanza sindacale all’ABI nonchè alle Organizzazioni imprenditoriali e sindacali, Associati della Cassa, che applicano il CCNL del settore del credito stipulato da ABI – i seguenti:

- a) i soggetti indicati alle lettere c) e d) dell’art. 19, primo comma dello Statuto della CASDIC;
- b) i soggetti individuati nell’art. 4, primo comma, dell’Accordo “A” del 22 dicembre 2008, purchè dipendenti dai soggetti indicati alle lettere a) e b) dell’art. 19 dello Statuto della CASDIC;
- c) i lavoratori in servizio con contratto a tempo determinato e con contratto

di inserimento e di apprendistato presso Aziende/Organizzazioni iscritte di diritto alla CASDIC, qualora la condizione di "non autosufficienza" si determini durante il periodo di durata dell'iscrizione;

d) eventuali ulteriori soggetti individuati con accordo tra gli Associati della CASDIC;

1) 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 CASDIC dalle Aziende ovvero dalle Organizzazioni imprenditoriali e sindacali di riferimento o dalla CASDIC.

■ LE PRESTAZIONI

Per il periodo **1° gennaio 2013–31 dicembre 2015** ed in ogni caso fino a quando eventuali modifiche non vengano concordate tra gli Associati, le prestazioni consistono – salvo eventuali modifiche concordate tra gli Associati – in:

- un rimborso di un importo totale massimo di € 16.800,00 all'anno (intendendosi il periodo decorrente dalla presentazione della domanda e per i 12 mesi successivi) per i "quadri direttivi, il personale delle aree professionali e per i dirigenti", a fronte della presentazione di valida documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali sostenute in relazione allo stato di "non autosufficienza" preventivamente accertato.

Tale rimborso è pagabile al verificarsi dello stato di "non autosufficienza" e 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.

■ 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 Previmedical, 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 Previmedical 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 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 Previmedical , al Customer Care Center ed alla Centrale Operativa Assistenza sopra descritti saranno erogati anche nei confronti di tutti i familiari 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 della prestazione

La tutela della "Second Opinion" permette a coloro i quali hanno diritto secondo quanto previsto al 2° e 3° comma del presente articolo, di accedere per il tramite di CASDIC – che trasmette la richiesta a Previmedical - 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 da Previmedical, 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, tramite la CASDIC, attraverso Previmedical 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 Previmedical al fine di valutare l'operatività della servizio;
- inviare a Previmedical, tramite CASDIC, 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 Previmedical, 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 Previmedical attraverso la centrale operativa internazionale
- Previmedical riceve la relazione medica riguardo al caso e provvede all'inoltro della stessa all'Avente diritto e/o al Medico Curante da lui indicato, tramite CASDIC. Se richiesto, Previmedical 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 delle vigenti leggi in materia di tutela della privacy, come specificato nella parte "Disposizioni in tema di 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 un apparecchio video attivabile a distanza tramite telefonia UMTS. I costi dell'apparecchio saranno sostenuti da Previmedical, mentre tutti i costi derivanti dall'utilizzo dello stesso (attivazione SIM e relativo traffico telefonico) saranno a carico dell'assistito.

■ 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).

Previmedical, 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'Assistito 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, prendere visione dell'Informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003 e prestare il relativo consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili, completare la richiesta con un certificato medico attestante lo stato di "non autosufficienza", unitamente ad una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti sulla base dei fac-simile predisposti dalla Cassa.

A tal fine, si allegano alla presente circolare: il Modulo di denuncia del sinistro con la lista dei documenti da presentare (v. **all. n. 1a**); l'informativa e il modello di consenso (v. **all. n. 1b**); il fac-simile sul quale redigere il certificato medico (v. **all. n. 2**); il fac-simile sul quale redigere la relazione medica (v. **all. n. 3**).

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

Tutta la suddetta documentazione dovrà essere inviata, in busta chiusa e con raccomandata A. R., a:

CASDIC - Piazza Grazioli n. 16 – 00186 Roma

Per rendere possibile una corretta e tempestiva istruttoria della richiesta di prestazioni per la *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.

Il richiedente dovrà comunicare a CASDIC, tramite raccomandata a.r. all'indirizzo CASDIC – Piazza Grazioli n.16 – 00186 Roma, le eventuali integrazioni documentali che quest'ultima dovesse richiedere entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla richiesta. L'inosservanza del suddetto termine comporta la decadenza della domanda presentata e ne rende necessaria l'eventuale riproposizione

Dopo aver ricevuto l'intera e completa documentazione e le dichiarazioni richieste, 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 dalla CASDIC solo se lo stato di "non autosufficienza" si è manifestato per la prima volta dopo il 1° gennaio 2008 e fermo restando che la richiesta di erogazione delle prestazioni deve essere inoltrata nel termine massimo di 2 anni dalla manifestazione dello stato di "non autosufficienza".

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni LTC, i beneficiari dovranno presentare a CASDIC la documentazione comprovante le spese per prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute in relazione allo stato di "non autosufficienza" nei seguenti termini: (i) per le spese sostenute nel periodo 1 gennaio/30 aprile di ciascun anno, entro il 31 agosto successivo; (ii) per le spese sostenute nel periodo 1 maggio/31 agosto, entro il 31 dicembre successivo; e per le spese sostenute nel periodo 1 settembre/31 dicembre, entro il 30 aprile successivo. Tale documentazione dovrà essere inviata tramite raccomandata a.r. all'indirizzo CASDIC – Piazza Grazioli n.16 – 00186 Roma.

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 e revisione da parte della CASDIC, ogni 12 mesi, mediante la compilazione del "certificato di verifica della non autosufficienza" accluso (v. **all. n. 4**).

■ DISPOSIZIONI IN TEMA DI PRIVACY (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Per le finalità strettamente connesse e strumentali per la gestione dei programmi di assistenza sanitaria in materia di LTC (Long Term Care), derivanti dalla disciplina collettiva del credito, la CASDIC è **Titolare** del trattamento dei dati personali degli aventi diritto.

La CASDIC tratta, per tali finalità, dati comuni e dati sensibili, il cui conferimento è

obbligatorio ai fini delle prestazioni.

In adempimento degli obblighi di legge, è stata predisposta idonea **Informativa** ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196 del 2003, cui è stato allegato il relativo modulo di **consenso** che dovrà essere compilato e inviato alla CASDIC insieme alla documentazione richiesta nel paragrafo "COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI".

La CASDIC, per l'adempimento dei servizi sopra richiamati, comunicherà i dati personali, comuni e sensibili, degli aventi diritto alla Previmedical S.p.A., nominata **Responsabile** del trattamento ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 196 del 2003.

Nel caso di accesso diretto degli aventi diritto ai servizi di Previmedical S.p.A. e precisamente: Accesso al Network convenzionato, Servizio di Customer Care Center e Servizio di Centrale Operativa Assistenza, verrà richiesto agli interlocutori, tramite apposita registrazione, di prestare il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, necessari per le finalità connesse alla gestione del servizio stesso. Contestualmente gli interlocutori saranno invitati a prendere visione dell'informativa e del modulo di consenso predisposti dalla CASDIC.

Allegati

CASDIC

Il Presidente