



**AGENZIA PROVINCIALE
PER LA RAPPRESENTANZA NEGOZIALE**

L'anno 2015, il giorno 9 ottobre, le parti rappresentate:

per la parte pubblica dall'Agenzia provinciale per la rappresentanza negoziale (A.P.Ra.N.) ai sensi della legge provinciale n. 7/97, composta da:

prof. Giorgio Bolego, in qualità di Presidente

integrata per il Consorzio dei Comuni trentini da:

prof. Luca Nogler

integrata per l'UPIPA da:

dott. Massimo Giordani

per la delegazione sindacale, dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali rappresentative nei vari comparti di contrattazione provinciale:

COMPARTO AUTONOMIE LOCALI

area non dirigenziale

C.G.I.L. F.P. (firmato)

C.I.S.L. F.P.
U.I.L. FPL – Enti Locali (firmato)
(firmato)

Fe.N.A.L.T. – Enti Locali (non firmato)

area personale con qualifica di direttore

C.G.I.L. F.P. (firmato)

C.I.S.L. F.P. (firmato)

DIR.P.A.T (firmato)

Fe.N.A.L.T. – Enti Locali (non firmato)

QUA.DIR

(non firmato)

area dirigenza e segretari comunali

C.G.I.L. F.P.

(firmato)

C.I.S.L. F.P.

(firmato)

U.I.L. FPL – Enti Locali

(firmato)

DIR.P.A.T

(firmato)

per l'Unione Trentina Segretari Comunali

(firmato)

COMPARTO RICERCA

C.G.I.L. F.P.

(firmato)

C.I.S.L. F.P.

(firmato)

U.I.L. FPL – Enti Locali

(firmato)

COMPARTO SCUOLA***area pers. ATA e ass. educatore - insegnanti e coord. pedagogici scuola infanzia - insegnanti istituzioni formative provinciali***

FLC C.G.I.L.

(firmato)

C.I.S.L. Scuola

(firmato)

U.I.L. Scuola

(firmato)

U.I.L. Enti Locali – Settore Scuola

(firmato)

FGU – Settore ANTES Scuola - Li.Sin.Cos

(firmato)

area del personale docente scuole ed istituti di istruzione elementare e secondaria della provincia di Trento

FLC C.G.I.L.

(firmato)

C.I.S.L. Scuola

(firmato)

U.I.L. Scuola

(firmato)

FGU – Settore GILDA degli insegnanti (firmato)

area della dirigenza scolastica

I'ANP - CIDA (firmato)

FLC C.G.I.L. (firmato)

C.I.S.L. Scuola (firmato)

U.I.L. Scuola (firmato)

COMPARTO SANITA'

area del personale non dirigenziale

C.G.I.L. F.P. (firmato)

C.I.S.L. F.P. (firmato)

U.I.L. FPL – Sanità (non firmato)

Fe.N.A.L.T. (non firmato)

NURSING UP (non firmato)

area della dirigenza medica e veterinaria

ANAAO ASSOMED – Settore dirigenza medica (firmato)
CIMO - CIDA (firmato)

FESMED (ACOI-AOGOI-SEDI-SUMI) (firmato)

ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI (firmato)

AAROI – EMAC (firmato)

Federazione Veterinari e Medici (SIVEMP – FVM) (firmato)

Federazione FASSID (firmato)
(Area AIPAC - Area SNR - Area SIMET)

area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa

ANAAO ASSOMED - Settore dirigenza sanitaria SDS (firmato)
SNABI

Federazione FASSID (Area AUPI - Area SINAFO) (firmato)

CIDA – SIDIRSS (firmato)

C.I.S.L. F.P. (firmato)

C.G.I.L. F.P. (firmato)

U.I.L. FPL – Sanità Dirigenza SPTA (firmato)

CONVENGONO E SOTTOSCRIVONO

il seguente accordo per la definizione delle modalità di iscrizione dei dipendenti del sistema pubblico trentino al Fondo sanitario integrativo (Sanifonds Trentino).

ACCORDO PER LA DEFINIZIONE DELLE MODALITA' DI ISCRIZIONE DEI DIPENDENTI DEL SISTEMA PUBBLICO TRENTO AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO (SANIFONDS TRENTO).

Premessa

In data 17 giugno 2014 l'A.P.Ra.N. e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale dell'area non dirigenziale dei Comparti Autonomie locali, Scuola, Sanità e Ricerca hanno sottoscritto una intesa sul contenuto dell'accordo per la definizione delle modalità di iscrizione dei dipendenti del sistema pubblico trentino al Fondo Sanitario Integrativo (Sanifonds Trentino) da sottoporre successivamente a valutazione e accettazione da parte della Giunta provinciale.

Il Presidente della Provincia, con nota di data 8 luglio 2014, prot. n. D319/14/368348/1.13-2014-14/IR, presa visione del contenuto della predetta intesa, autorizzava l'A.P.Ra.N. a proseguire l'iter contrattuale per addivenire alla sottoscrizione di un accordo quadro per le modalità di iscrizione di tutti i dipendenti del sistema pubblico trentino a *Sanifonds Trentino*.

Analogia intesa è stata quindi successivamente sottoscritta dall'A.P.Ra.N. **in data 23 settembre 2014** con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del Comparto Sanità e **in data 25 settembre 2014** con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dell'area della dirigenza e segretari comunali e dell'area del personale con qualifica di direttore del Comparto Autonomie locali e dell'area della dirigenza scolastica del Comparto Scuola.

L'art. 6 "Nomenclatore" delle intese sopra richiamate subordina l'efficacia degli accordi inerenti le modalità di iscrizione dei dipendenti del sistema pubblico trentino al Fondo Sanitario Integrativo "*Sanifonds Trentino*" all'accettazione, da parte dei soggetti firmatari che rappresentino almeno il cinquanta per cento più uno del totale degli iscritti di tutti i comparti di contrattazione provinciale, del contenuto del/i Nomenclatore/i specifico/i delle prestazioni da approvarsi da parte del Consiglio di Amministrazione di "*Sanifonds Trentino*".

In data 30 luglio 2015 il Consiglio di Amministrazione di Sanifonds Trentino ha approvato il Nomenclatore delle prestazioni a favore degli aderenti al Fondo appartenenti al settore pubblico provinciale, da sottoporre quindi all'accettazione delle Organizzazioni sindacali al fine di dare efficacia, ai sensi del citato art. 6 "Nomenclatore", al contenuto delle richiamate intese.

TITOLO I

CAMPO DI APPLICAZIONE

Art. 1

Campo di applicazione

1. Il presente accordo si applica al personale dipendente in servizio nei comparti di contrattazione collettiva e nelle relative autonome aree di contrattazione delle Amministrazioni pubbliche del Trentino di cui all'Accordo provinciale quadro sui comparti di contrattazione di data 4 ottobre 1999 e s.m..

TITOLO II

ADESIONE AL FONDO SANITARIO INTEGRATIVO (SANIFONDS TRENTO)

Art. 2

Adesione al Fondo Sanitario Integrativo (Sanifonds Trentino)

1. Le parti firmatarie di questo accordo, considerato il disposto di cui all'art. 6 "Nomenclatore" delle intese concernenti "*Modalità di iscrizione dei dipendenti del sistema pubblico trentino al Fondo Sanitario Integrativo (Sanifonds Trentino)*" sottoscritte in sede A.P.Ra.N. in data 17 giugno 2014 per il personale delle aree non dirigenziali dei vari comparti di contrattazione provinciale, in data 23 settembre 2014 per la dirigenza medica e veterinaria e la dirigenza SPTA del Servizio Sanitario Provinciale, in data 25 settembre 2014 per la dirigenza/segretari comunali e per il personale con qualifica di direttore del Comparto Autonomie locali e per la dirigenza scolastica del Comparto Scuola, dopo aver preso visione del Nomenclatore approvato dal Consiglio di Amministrazione di Sanifonds Trentino in data 30 luglio 2015 relativamente al personale del sistema pubblico provinciale (Allegato 1) al presente accordo), dichiarano di accettarne il contenuto e, quindi, si sensi del citato art. 6, danno piena efficacia alle disposizioni previste nelle intese medesime.

2. I versamenti delle quote di adesione e di iscrizione a Sanifonds Trentino hanno effetto dal 1° gennaio 2015.

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DEGLI ADERENTI A SANIFONDS TRENTINO APPARTENENTI AL SETTORE PUBBLICO PROVINCIALE APPROVATO DAL CDA DI SANIFONDS IL 30 LUGLIO 2015.

In data 24 marzo 2015 il Comitato/Gruppo di lavoro nomenclatore Sanifonds ha definito la rosa di prestazioni sanitarie da ricomprendere nella proposta tecnica di Nomenclatore (NT) Sanifonds per i dipendenti del settore pubblico provinciale.

Il numero di soggetti del settore pubblico provinciale potenzialmente interessato è pari a circa 39.000 unità.

La somma stanziata dalla Provincia per tutti i comparti del settore pubblico provinciale finalizzata a sostenere l'adesione del personale dipendente a "Sanifonds Trentino" ammonta a complessivi euro 5.250.000.

La quota annua che sarà versata al Fondo sarà di 128 euro per ciascun dipendente così come previsto dall'Accordo Provincia-OO.SS. vigente.

La presente proposta di NT è stata definita:

1. sulla base di una prima ipotesi tecnica di nomenclatore delle prestazioni presentata il 27 gennaio 2015 e discussa il 17 febbraio 2015, nella quale sono state individuate le (97)

prestazioni di assistenza specialistica maggiormente interessanti in un'ottica di sanità integrativa in particolare nelle aree dell'odontoiatria, della riabilitazione/cure fisiche, dell'oculistica, delle visite/diagnostica e in altre aree minori;

2. avuto riguardo all'analisi delle prestazioni sanitarie effettivamente usufruite dai dipendenti di PAT, Scuola e Azienda sanitaria provinciale, sia in regime istituzionale che in regime libero professionale; analisi effettuata con il supporto tecnico dell'Osservatorio per la Salute del competente dipartimento provinciale. Sul campione di 25mila soggetti osservati rispetto ai 39mila potenziali, hanno usufruito di prestazioni specialistiche del Nomenclatore + la branca laboratorio circa due terzi - 16.500 - pertanto riproportzionando sul totale i potenziali usufruitori sarebbero circa 25.500;
3. tenuto conto che quota parte del budget a disposizione deve essere destinato all'area della non autosufficienza;
4. tenuto conto inoltre che quota parte del budget deve essere destinato anche all'assistenza odontoiatrica;
5. a seguito delle indicazioni fornite dal CDA nella seduta del 4 maggio 2015;
6. a seguito di quanto concordato nella riunione del 22 giugno fra il CdA di Sanifonds e l'Assessora alla Salute e solidarietà sociale della PAT;
7. avuto riguardo a quanto emerso nella riunione del Gruppo tecnico del 23 luglio 2015.

La predetta analisi ha consentito di costruire la seguente stima prospettica delle voci e dei relativi importi massimi che possono essere coperti dal fondo:

VOCE	IPOTESI DI STIMA DELL'IMPORTO ANNUALE COPERTO DAL FONDO	STIMA NUMERO BENEFICIARI	% su 39 mila
Rimborso 50% sul ticket delle prestazioni specialistiche del Nomenclatore e di tutta la branca laboratorio	770.000	5350 (riferito a rimborso max € 200) OPPURE 10.700 (riferito a rimborso max € 100)	14%
Rimborsò 50% sul costo delle prestazioni specialistiche usufruite in libera professione	300.000	OPPURE 16.500 (riferito a rimborso max 65)	28%
Rimborso max di 45 euro su 1 prestazione Odontoiatrica su 39.000 soggetti	1.700.000	39000	100%
Altri rimborsi da definire su particolari prestazioni (es: PMA, protesica)	100.000	500 (riferito a rimborso max € 200)	1,2%
TOTALE	2.870.000		

Il grado di copertura sopra esposto dovrà comunque essere accompagnato:

- dalla fissazione di un tetto annuale sul numero di prestazioni rimborsabili o sull'importo massimo liquidabile/rimborsabile dal fondo per ogni aderente,
- da una valutazione tecnica approfondita sulla sostenibilità del fondo viste le risorse a disposizione rispetto alle prestazioni previste dal NT;

- dalla valutazione degli eventuali soggetti con cui Sanifonds instaurerà rapporti di convenzionamento per la necessità di avere a riferimento tariffari precisi per la determinazione degli importi che il fondo poi andrà a coprire.

Rispetto alla rimborsabilità del ticket i rappresentati della Provincia confermano le forti perplessità di carattere "politico" rispetto alla previsione nell'ambito del fondo di un rimborso (che risulta finanziato con risorse del bilancio pubblico) finalizzato alla compartecipazione alla spesa.

Premesso quanto sopra e considerato il fondo totale stanziato, si determina:

A) il seguente quadro finanziario:

	IMPORTO
TOTALE SOMMA STANZIATA PER TUTTI I COMPARTI	5.250.000
Contributo di solidarietà 10%	477.000
Somma disponibile per contribuzione netta	4.773.000
POTENZIALI FINALIZZAZIONI DI SPESA	
Prestazioni economiche nei confronti degli aderenti sulle prestazioni contenute nell'Allegato A)	2.870.000
Accantonamento per la non autosufficienza come da Allegato B) 1. e 2.	1.500.000
Somme disponibili per spese di funzionamento	403.000
TOTALE	4.773.000

B) la seguente proposta di NT (Allegati A e B) che in questa fase iniziale, vista la consistenza economica del fondo, non rappresenta una copertura delle spese sanitarie secondo i tradizionali metodi assicurativi ma un congruo contributo di sostegno per la fruizione delle prestazioni sanitarie previste.

ALLEGATO A)

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo della liquidazione.

Per ciascuna delle prestazioni previste dal presente Nomenclatore la liquidazione/il rimborso delle relative spese, nei termini, limiti e condizioni di seguito illustrati, è comunque subordinato alla presentazione, da parte dell'Assistito, della prescrizione del medico curante o dello specialista eccetto che per le prestazioni odontoiatriche di cui al successivo punto A.2.

A.1 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA (DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE, LABORATORIO)

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

RIABILITAZIONE/CURE FISICHE
RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE
ULTRASUONOTERAPIA
ELETTROTERAPIA ANTALGICA - TENS, ALTO VOLTAGGIO
ELETTROTERAPIA ANTALGICA - DIADINAMICA
ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI
LASER TERAPIA ANTALGICA
MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO

IRRADIAZIONE INFRAROSSA
MAGNETOTERAPIA
AGOPUNTURA
OCULISTICA
VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
STUDIO DEL CAMPO VISIVO
TOMOGRAFIA RETINICA(OCT) A LUCE COERENTE
ESAME DEL FUNDUS OCULI
RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)
CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE E ALTERAZIONI CORNEALI CON LASER A ECCIMERI (PRK)
STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE
ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE
PACHIMETRIA CORNEALE
CORREZIONE BLEFAROPTOSI/RETRAZIONE PALPEBRALE
PLASTICA PALPEBRA (NON ESTETICA)
VISITE / DIAGNOSTICA
VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA
VISITA DERMATOLOGICA
VISITA ORTOPEDICA
VISITA FISIATRICA
VISITA CARDIOLOGICA
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
VISITA NEUROLOGICA
VISITA GASTROENTEROLOGICA
VISITA REUMATOLOGICA
VISITA NEUROCHIRURGICA
VISITA PSICOLOGICA
VISITA PSICHIATRICA
VISITA ENDOCRINOLOGICA /ENDOCRINO CHIRURGICA
ALTRA VISITA
ELETROCARDIOGRAMMA
RADIOGRAFIA
MAMMOGRAFIA
PRELIEVO ED ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE – PAP TEST
ECOGRAFIA
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
ORTOPANORAMICA DELLE ARCAZI DENTARIE
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHELETRICA

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
PRESTAZIONI DI LABORATORIO

A.1.2 MASSIMALE

Il limite per anno solare di spesa rimborsabile per la presente garanzia è pari ad euro 65,00 e comunque non oltre il 50% delle spese sostenute.

Ai fini dell'attivazione della pratica di rimborso è necessario avere titoli per un rimborso nell'anno solare di almeno Euro 50,00.

Norma transitoria per eventi 2015

Per le prestazioni di cui al presente titolo, nel rispetto della soglia minima di cui al punto precedente, per eventi intervenuti nel 2015, va presentata domanda di rimborso, anche cumulativo riferito a diversi interventi, improrogabilmente entro il 31 gennaio 2016.

In base alle risorse a disposizione la quota di rimborso può essere riproporzionata dal fondo fino a un massimo del 50% della spesa sostenuta con un limite di 100 euro per anno solare.

A.1.3 CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE**Utilizzo di strutture e professionisti privati**

- a. Nel caso di utilizzo di strutture e professionisti privati convenzionati con Sanifonds le spese dell'Assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo all'assistito con applicazione di una franchigia del 50% del costo della prestazione, fatti salvi specifici accordi che prevedano la regolazione diretta, tra il Fondo e le strutture/professionisti, di quanto a carico del Fondo.
- b. Nel caso di utilizzo di strutture e professionisti privati non convenzionati con Sanifonds le spese dell'Assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo all'assistito con applicazione della franchigia del 50% del costo della prestazione.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

- a. Nel caso di fruizione della prestazione in regime libero-professionale intra moenia presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le relative spese vengono liquidate direttamente dal Fondo all'assistito con applicazione di una franchigia del 50% del costo della prestazione.
- b. Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale in regime istituzionale, il Fondo rimborsa all'Assistito il 50% delle spese per ticket sanitari.

A.2 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Viene previsto un contributo a carico di Sanifonds dell'importo per anno solare di euro 45,00, per le sotto indicate prestazioni di assistenza odontoiatrica fruite dall'Assistito. Il contributo è incompatibile con l'accesso alle cure odontoiatriche a sensi della L.P. 22/2007.

IGIENE ORALE
SIGILLATURA DEI SOLCHI – singolo dente
VISITA ODONTOIATRICA
OTTURAZIONE IN COMPOSITO – 1 superficie
OTTURAZIONE IN COMPOSITO – 2 superfici
ALTRE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Norma transitoria per eventi 2015

Per le prestazioni di cui al presente titolo, per eventi intervenuti nel 2015, va presentata domanda di rimborso, anche cumulativo riferito a diversi interventi, improrogabilmente entro il 31 gennaio 2016.

In base alle risorse a disposizione il contributo per anno solare stabilito in euro 45,00 potrà essere elevato fino ad un massimo di euro 100,00 .

Condizioni di liquidazione

- a. Nel caso di utilizzo di studi ed ambulatori privati convenzionati con Sanifonds, il contributo spettante è liquidato direttamente da Sanifonds all'Assistito, fatti salvi specifici accordi che prevedano la regolazione diretta, tra il Fondo e gli studi/ambulatori, di quanto a carico del Fondo.
- b. Nel caso in cui la prestazione odontoiatrica venga frutta presso studi ed ambulatori non convenzionati con Sanifonds, purchè regolarmente autorizzati, l'Assistito dovrà richiedere il rimborso a Sanifonds.

A.3 PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Viene previsto un contributo a carico di Sanifonds dell'importo per anno solare di euro 100,00 per le sotto indicate prestazioni integrative fruite dall'Assistito, comunque non oltre il 50% delle spese sostenute.

Ai fini dell'attivazione della pratica di rimborso è necessario avere titoli per un rimborso nell'anno solare di almeno Euro 50,00.

Norma transitoria per eventi 2015

Per le prestazioni di cui al presente titolo, nel rispetto della soglia minima di cui al punto precedente, per eventi intervenuti nel 2015, va presentata domanda di rimborso, anche cumulativo riferito a diversi interventi, improrogabilmente entro il 31 gennaio 2016.

In base alle risorse a disposizione la quota di rimborso può essere riproporzionata dal fondo fino a un massimo del 50% della spesa sostenuta con un limite di 150 euro per anno solare.

COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
PSICOTERAPIA FAMILIARE
ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA (effettuata dal dietista su prescrizione del medico)
VALUTAZIONE E INQUADRAMENTO INIZIALE INDIVIDUALE PER LA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA
TRATTAMENTO/PERCORSO INDIVIDUALE DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA
VALUTAZIONE FINALE INDIVIDUALE DI FINE CICLO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA
PLANTARI ORTOPEDICI
TUTORE ARTO
BUSTI TORACO-LOMBO-SACRALI
CORSETTI TORACO-LOMBO-SACRALI
PRESIDI ELASTOCOMPRESSIVI
CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Condizioni di liquidazione

- a. Nel caso di utilizzo di strutture o professionisti (per le prestazioni sanitarie), ovvero fornitori (per i presidi o ausili) convenzionati con Sanifonds, il contributo viene liquidato direttamente da Sanifonds all'Assistito, fatti salvi specifici accordi che prevedano la regolazione diretta, tra il Fondo e le strutture/professionisti/fornitori, di quanto a carico del Fondo.

- b. Nel caso in cui la prestazione/fornitura venga frutta presso strutture/professionisti o fornitori non convenzionati con Sanifonds, purchè regolarmente autorizzati, l'Assistito dovrà richiedere il rimborso a Sanifonds. In ogni caso Sanifonds, rispetto a specifiche tipologie di presidi/ausili o servizi, potrà prevedere apposito elenco di strutture o fornitori anche non convenzionati ai fini del rimborso.

ALLEGATO B

PRESTAZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (LTC "Long term care")
Ferma restando l'entità delle risorse individuate per la non autosufficienza e le malattie gravi , il CdA si riserva di approfondire e definire nello specifico i titoli per l'accesso alle prestazioni sanitarie e i rimborsi da garantire agli iscritti sulla base delle linee guida generali contenute nelle due ipotesi di seguito riportate.

IPOTESI 1.

L'atto costitutivo di SANIFONDS introduce tra le finalità del Fondo, la previsione di prestazioni a sostegno della LTC.

I fondi sanitari e le mutue prevedono in genere forme assicurative per prestazioni a favore di personale in servizio che cada in situazione di non autosufficienza.

Sanifonds, invece, intende costruire un percorso di tipo mutualistico autogestito (non è da escludere tuttavia il concorso di una forma assicurativa) al fine di costruire un modello di sostegno della LTC, destinato al personale in servizio iscritto, che anche molto dopo la cessazione del rapporto di lavoro, cada in situazione di non autosufficienza, quindi, di norma, in età molto avanzata.

Si tratta di un progetto che necessita di un piano di accumulo di risorse finanziarie significative, per un periodo di almeno _____, da investire adeguatamente tale da consentire una dotazione che consenta, nel tempo, di supportare adeguatamente gli iscritti bisognosi di LTC.

A questo scopo il nomenclatore contenente le prestazioni riconosciute da SANIFONDS destina una quota di 38 euro annui da indirizzare a questo scopo.

PRESTAZIONI

- a. prestazioni di sostegno economico a copertura della "quota alberghiera" per il ricovero in strutture residenziali e semi-residenziali (es. RSA) con un massimale mensile di 1.000 euro;
- b. in alternativa ad a) prestazioni di sostegno economico a copertura dei costi per l'acquisto di prestazioni di assistenza socio-sanitaria domiciliare (badanti - OSS - infermiere) con un massimale di 1.000 euro mese;
- c. rimborso degli oneri sostenuti per interventi di carattere riabilitativo nel limite di 3.000 euro annui.

Le prestazioni suddette potranno essere rideterminate in aumento o riduzione in base alla sostenibilità finanziaria delle relative erogazioni rispetto ai fondi disponibili.

Sarà oggetto di valutazione l'eventuale previsione di un versamento contributivo anche a carico del personale che ha cessato il rapporto di lavoro per quiescenza.

Per i soggetti che non posseggono più la qualità di lavoratore le prestazioni a carico del Fondo sono proporzionate in funzione dei versamenti effettuati.

ALLEGATO B IPOTESI 2.

ACCANTONAMENTO FINALIZZATO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

Finalità:

Progetto di mutualizzazione di lungo termine per la condizione di non autosufficienza finanziato mediante accantonamento annuo.

Riferimento:

Delibera della Giunta provinciale n. 1152 del 7 giugno 2013 nella quale si prevede, fra le aree dedicate, quella della non autosufficienza.

Importo annuo accantonato:

Euro 1.500.000 annui.

Forma:

Sistema mutualistico "a ripartizione" in favore di iscritti a Sanifond mediante finalizzazione - tramite accantonamento in apposito fondo - di quota parte del contributo annualmente versato.

Soggetti beneficiari e oggetto della garanzia:

Soggetti iscritti a Sanifonds da almeno _____ o in alternativa i soggetti ex iscritti a Sanifonds con anzianità di iscrizione di almeno _____ che versino in condizioni di non autosufficienza.

La garanzia opera in caso di infortunio o malattia per il quale derivi all'Assistito la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta nel capoverso successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni. Sanifond rimborserà, nel limite mensile di Euro 400,00 ed annuo 5.000,00, le spese sostenute, purchè regolarmente documentate, per l'assistenza prestata da personale medico od infermieristico qualificato, per l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la condizione dell'assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza. Nel caso l'Assistito sia stato sottoposto a verifica da parte dell'organismo istituzionale preposto (UVM), il relativo verbale sostituisce la suddetta valutazione del Medico curante. La valutazione del Medico curante verrà sottoposta a successiva validazione da parte del Medico fiduciario di Sanifonds, che potrà richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per verificare lo stato di salute dell'Assistito.

Per i soggetti che non posseggono più la qualità di lavoratore le prestazioni a carico del Fondo sono proporzionate in funzione dei versamenti effettuati.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di _____ punti secondo una griglia (TABELLA DA DETERMINARSI) di valutazione sulle seguenti attività:

- Farsi il bagno;
- Vestirsi e svestirsi;
- Igiene del corpo;
- Mobilità;
- Continenza;
- Bere e mangiare;