

2024

Piano Sanitario
per i **familiari** dei
dipendenti delle
imprese artigiane
del Trentino



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

Sommario

03

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

I destinatari del piano sanitario	03
Le prestazioni del piano	03

04

QUANDO PRESENTARE LA RICHIESTA DI RIMBORSO

A.1 Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio	05
A.2 Diagnostica strumentale	06
A.3 Pacchetto maternità	07
A.4 Prevenzione odontoiatrica	09
A.5 Cure odontoiatriche generali	10
A.6 Implantologia	11
A.7 Cure ortodontiche	12
A.8 Lenti correttive	13
A.9 Logopedia e dietologia	15
A.10 Psicoterapia	16
Gravi malattie	17
A.11 Prestazioni specialistiche per diagnosi/ percorso Terapeutico per gravi malattie	19
A.12 Prestazioni di riabilitazione e assistenza per gravi malattie	20
A.13 Non autosufficienza	21
A.13.1 Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti assistiti a domicilio	21
A.13.2. Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti ricoverati in RSA	22



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

○ Familiari

L'iscrizione dei familiari è volontaria e con contribuzione a carico dell'iscritto. Maggiori informazioni sono disponibili consultando la "Guida all'adesione dei familiari", che costituisce parte integrante del seguente Piano.

NORME GENERALI

Il Piano sanitario indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo del rimborso. Le informazioni relative alla modalità di richiesta dei rimborsi sono riportate dettagliatamente nel Vademecum pubblicato sul sito www.sia3.it.



Le prestazioni del piano

Il Piano Sanitario SIA3 interviene su due tipologie di spese:

- **le spese ordinarie** (visite specialistiche, diagnostica, pacchetto maternità, cure odontoiatriche, lenti, psicoterapia)
- **le prestazioni straordinarie**, collegate cioè ad eventi specifici (gravi malattie, non autosufficienza)

Tutti i rimborsi sono gestiti direttamente da SIA3



Quando presentare la richiesta di rimborso

Le spese sanitarie sostenute devono essere presentate **entro 60 giorni** dalla data della fattura, pena la non ammissibilità al rimborso.

Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
Dal 1° gennaio al 31 marzo 2024	> Dal 1° gennaio al 31 maggio 2024
Dal 1° aprile al 28 dicembre 2024	> Entro 60 giorni dalla data della fattura
Dal 30 dicembre al 31 dicembre 2024	> Entro il 28 febbraio 2025





A.1 Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITA OCULISTICA
- VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA
- VISITA DERMATOLOGICA
- VISITA ORTOPEDICA
- VISITA FISIATRICA
- VISITA CARDIOLOGICA
- VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
- VISITA NEUROLOGICA
- VISITA GASTROENTEROLOGICA
- VISITA REUMATOLOGICA
- VISITA NEUROCHIRURGICA
- VISITA PSICHIATRICA
- VISITA ENDOCRINOLOGICA/
ENDOCRINOCHIRURGICA
- PRESTAZIONI DI LABORATORIO
- ALTRA VISITA*

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

* Da questa categoria sono escluse: visite/cure di carattere estetico; visite di medicina generale; visite mediche per il rilascio/rinnovo della patente automobilistica o nautica, per l'autorizzazione al porto d'armi o per l'idoneità alla pratica sportiva; visite medico-sportive; certificati medici; visite medico-legali, visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare; esame della vista svolto dall'ottico/optometrista; vaccini; prestazioni per igiene pubblica. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia, nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.



A.2 Diagnostica strumentale

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- ELETTROCARDIOGRAMMA
- RADIOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- PRELIEVO ED ESAME CITOLOGICO CERVICOVAGINALE - PAP TEST
- ECOGRAFIA
- DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCELETRICA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
- ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 6.000.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati



A.3 Pacchetto maternità

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ PRESTAZIONI IN GRAVIDANZA

- › ecografie
- › visite di controllo ostetrico/ ginecologiche (max. 6)
- › esami di laboratorio
- › esami per la diagnosi prenatale (amniocentesi, villocentesi e Test del Dna fetale)
- › indennità per ricovero

○ PRESTAZIONI POST-PARTO

- › visita ginecologica di controllo (max. 1)
- › riabilitazione pavimento pelvico
- › psicoterapia
- › visita dietologica (max. 1)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% delle spese sostenute con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 1.000.

Il Fondo prevede inoltre un'indennità da ricovero di euro 100,00 per ogni giorno (pernottamento) di ricovero per parto.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Il massimale e le prestazioni sono da intendersi per evento (gravidanza)
- L'indennità da ricovero viene erogata per un ricovero massimo di 7 giorni (pernottamenti) in occasione del parto o del ricovero per aborto terapeutico.
- Con specifico riferimento alla prestazione "riabilitazione del pavimento pelvico", l'iscritta dovrà presentare la prescrizione dello specialista (medico ginecologo) datata fino a 4 mesi prima del sostenimento della spesa.

I documenti di spesa relativi al pacchetto maternità vanno presentati al Fondo in un'unica soluzione entro 120 giorni dalla data del parto o dell'aborto allegando la lettera di dimissione dell'ospedale/casa di cura cosiddetta SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera).





A.4 Prevenzione odontoiatrica

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITA ODONTOIATRICA, ABLAZIONE DEL TARTARO, SCALING, LEVIGATURA DELLE RADICI/CURETTAGE GENGIVALE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Il Fondo rimborsa al massimo 1 tra visite odontoiatriche, sedute di igiene orale/ablazione del tartaro, scaling, sedute di levigatura delle radici, nella misura del 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 30.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Esclusivamente per i pazienti affetti da malattia parodontale il Fondo rimborsa una seconda ablazione del tartaro/igiene orale. Tale patologia deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata dal dentista operante nella struttura convenzionata. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere datata fino a 12 mesi prima.



A.5 Cure odontoiatriche generali

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- TERAPIE CONSERVATIVE (otturazioni, cure canalari, ecc.)
- CHIRURGIA ORALE (estrazioni, asportazione cisti, ecc.)
- TERAPIE CHIRURGICHE IN AMBITO PARODONTALE (chirurgia muco-gengivale/ chirurgia rigenerativa/chirurgia di eliminazione delle tasche)
- DIAGNOSTICA (rx endorale; ortopantomica; tac)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta con un massimo di euro 400 per anno solare.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Non saranno accettate fatture riportanti voci di spesa generiche (es.: "cure odontoiatriche")
- Le fatture di acconto saranno accettate esclusivamente in presenza del preventivo inerente al piano di cura, dal quale si evincano in modo chiaro le prestazioni previste. Tale preventivo dovrà avere data anteriore o contestuale a quella indicata nelle fatture di acconto.



A.6 Implantologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ IMPLANTOLOGIA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa:

- Applicazione di 1 impianto: rimborso massimo per l'anno solare di euro 550
- Applicazione di 2 impianti: rimborso massimo per l'anno solare di euro 1.000
- Applicazione di 3 o più impianti: rimborso massimo per l'anno solare di euro 2.800

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Nella garanzia rientrano le prestazioni per il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio ed il perno/moncone
- Con riferimento alle prestazioni di implantologia, il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione clinica afferente alla prestazione in questione (RX endorale, ortopantomica, documentazione fotografica, ecc.).



A.7 Cure ortodontiche

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ CURE ORTODONTICHE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con un massimo di euro 1.000 per anno solare.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Terapie ed apparecchi ortodontici dei familiari iscritti sono rimborsabili se il Piano di Cura ha preso avvio dopo l'inizio della copertura SIA3.
- La prima richiesta di rimborso deve essere accompagnata dalla certificazione dell'odontoiatra - redatta e sottoscritta sotto la sua responsabilità - attestante la data di avvio del piano di cura (ad es.: data della prima seduta di lavoro oppure data di svolgimento dell'esame OPT o Tele cranio o altro esame preliminare).





A.8 Lenti correttive

Sono ammissibili al rimborso del Fondo le spese per l'acquisto di lenti correttive (lenti per occhiali o lenti a contatto) conseguenti alla modifica del visus, ovvero un miglioramento o peggioramento della vista rispetto ad una precedente misurazione della vista stessa.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile pari a euro 100.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Ai fini dell'ammissibilità della spesa sono considerate ammissibili due tipologie di prescrizioni:

- La prescrizione redatta dal medico oculista, dalla quale si evinca in modo esplicito la modifica del visus.
oppure
- La prescrizione redatta dall'ottico-optometrista, dalla quale si evinca in modo esplicito la modifica del visus. In questo caso la prestazione deve essere accompagnata da fattura/ documentazione di spesa inerente alla prestazione di esame della vista (prestazione sanitaria esente IVA ex art. 10).

Saranno considerate ammissibili a rimborso le prescrizioni datate fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa.

Il contributo per l'acquisto di lenti correttive – ove previsto dal Piano Sanitario del Fondo degli anni successivi a quello in corso – potrà essere nuovamente richiesto dall'iscritto a distanza di 36 mesi dal precedente rimborso.

COME ESSERE CERTI DELLA CORRETTEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE

Scarica la sezione del Vademecum "**Mini guida per le Lenti Correttive**" e consulta gli esempi di documentazione ammissibile e quelli di documentazione non ammissibile. Potrai stamparla e presentarla al professionista sanitario (medico oculista oppure ottico-optometrista) chiedendo – in caso di variazione del visus – di riportare nella prescrizione le diciture richieste.

Ricordiamo che i contenuti del Vademecum sono da considerarsi parte integrante del presente Piano Sanitario.

CHIARIMENTI INTERPRETATIVI SULLE LENTI A CONTATTO

- › In caso di richiesta di lenti a contatto, l'iscritto può presentare più richieste durante la stessa campagna rimborsuale fino ad esaurimento del massimale.
- › Le soluzioni liquide per lenti a contatto non sono ammissibili.

CHIARIMENTI INTERPRETATIVI SULLE LENTI DA SOLE

- › Le lenti da sole, anche se graduate, non rientrano tra i presidi rimborsabili dal Fondo.

ULTERIORI CHIARIMENTI

- › La richiesta di contributo per lenti per occhiali non è sovrapponibile a quella per lenti a contatto.
- › In caso di richiesta di lenti per occhiali, il Fondo rimborsa un unico paio di lenti esclusa la montatura dell'occhiale.

Lenti correttive per malattie degenerative del visus

In deroga a quanto sopra, il rimborso è riconosciuto per un paio di occhiali (o per l'acquisto di lenti a contatto) per ogni anno solare nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti a malattie progressive e degenerative gravi della vista (esempio: glaucoma, cheratocono) attestate da referto/prescrizione del medico oculista.



A.9 Logopedia e dietologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ LOGOPEDIA

○ ELABORAZIONE DELLA DIETA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con un massimo di euro 300 per anno solare

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati





A.10 Psicoterapia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITA PSICOLOGICA
- COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
- PSICOTERAPIA FAMILIARE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 200

TIPOLOGIE DI RIMBORSI

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Il tetto di rimborso è maggiorato di ulteriori euro 100 (fino al limite rimborsabile per l'anno solare di euro 300) in uno dei seguenti casi:

1. Iscritti di **età uguale o inferiore a 18 anni**
2. Iscritti con **ospedalizzazione covid** nell'ultimo anno. Le spese saranno rimborsate in presenza della documentazione che attesti un ricovero per Covid19 nei 12 mesi precedenti alla data della fattura.
3. Iscritti con **disturbi mentali** (disturbi d'ansia; disturbi depressivi; disturbo bipolare; schizofrenia; dipendenze, disturbi dell'alimentazione; disturbi correlati a eventi traumatici -PTSD; disturbo ossessivo-compulsivo). Le spese saranno rimborsate in presenza di certificato medico attestante la diagnosi. Sono ammesse le diagnosi formulate da: a) struttura pubblica o privata competente; b) medico specialista (psichiatra, neuropsichiatra infantile, etc.); c) medico di medicina generale.

* Da questa categoria sono escluse le prestazioni che non sono riconducibili direttamente a una delle categorie rimborsate dal presente Piano (ad esempio le sedute di gruppo, le prestazioni per la valutazione di danni, il training autogeno, prestazioni psicologiche afferenti all'apprendimento e allo studio)



Gravi malattie

Il Fondo con gli organismi tecnico-sanitari ha individuato un elenco di gravi patologie. L'iscritto ha diritto al rimborso parziale delle spese sanitarie in caso di insorgenza di una delle gravi malattie incluse nel seguente elenco:

- **NEOPLASIE MALIGNI**
Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di Hodgkin, e linfoma non Hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.
- **INFARTO MIOCARDICO ACUTO**
- **ICTUS**
- **INTERVENTI CARDIACI**
- **ANGIOPLASTICA**
- **PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE**
- **PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA**
- **INSUFFICIENZA RENALE CRONICA**
- **TRAPIANTI**
Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.
- **INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA CON NECESSITÀ DI OSSIGENOTERAPIA**
- **CECITÀ**
- **PATOLOGIE DEL SISTEMA NERVOSO CHE DETERMININO SIGNIFICATIVA COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE CON RIDUZIONE DI AUTONOMIA E NECESSITÀ DI TERAPIA FARMACOLOGICA CONTINUATIVA**
- **DEGENERAZIONE CEREBRALE O DEMENZA (es. morbo di Alzheimer)**
- **ESITI INVALIDANTI E/O DETURPANTI DI USTIONI**
- **AIDS CONCLAMATO**
- **GRAVI ESITI DI POLI-TRAUMATISMI CON PARALISI DEGLI ARTI**
- **GRAVI MALATTIE DELLA SFERA PSICHICA CHE RICHIEDANO TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA CONTINUATIVA E PRESA IN CARICO SPECIALISTICA**

Il Fondo provvederà a una periodica verifica dell'adeguatezza dell'elenco di patologie previste al fine di ampliare – ove necessario – le fattispecie oggetto di copertura sanitaria.

CRITERI DI ACCERTAMENTO DELLA GRAVE MALATTIA E DELL'ELEGGIBILITÀ DELLE SPESE AL RIMBORSO

L'accertamento della grave malattia ai fini dell'erogazione del rimborso sarà effettuato dagli organismi tecnico-sanitari del Fondo, prendendo in esame la documentazione sanitaria prodotta dall'associato (copia della cartella clinica ospedaliera, in caso di pregresso ricovero registrato nell'anno di riferimento oppure referto/relazione medica redatta dallo specialista di riferimento attestante la specifica patologia).

Parimenti, la verifica di congruenza della/e prestazione/i oggetto di rimborso sarà effettuata dal consulente tecnico-sanitario del Fondo, sulla base delle prescrizioni del medico curante e/o del medico specialista e/o in relazione ai protocolli diagnostici, terapeutici e assistenziali associabili alla specifica patologia.

È possibile il rimborso delle spese limitatamente agli iscritti che abbiano accertato la grave malattia nell'anno in corso (a far data dal 01/01/2024)*.

Eventuali pratiche che non rispondono ai criteri di ammissibilità per gravi patologie stabiliti nel presente Piano verranno gestite come spese afferenti alle prestazioni delle categorie da A.1 a A.10.

** Eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.*

A.11 Prestazioni specialistiche per diagnosi/percorso Terapeutico per gravi malattie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITE SPECIALISTICHE
- ESAMI DI LABORATORIO
- ESAMI STRUMENTALI E ALTRI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Saranno considerate ammissibili:

- › le spese sostenute in seguito a una diagnosi di malattia già formulata (ad esempio: visita specialistica finalizzata a ottenere una "second opinion" o "diagnosi comparativa");
- › le spese sostenute per esami e accertamenti svolti in presenza di un sospetto diagnostico (formulato dal medico di medicina generale e/o dal medico specialista) e ai quali faccia seguito una diagnosi di effettivo accertamento della grave malattia.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari
- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700 per iscritto.

A.12 Prestazioni di riabilitazione e assistenza per gravi malattie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- FISIOTERAPIA
- LOGOPEDIA

- ASSISTENZA INFERMIERISTICA

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari
- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa il 60% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 5.000.





A.13 Non autosufficienza

BENEFICIARI

I beneficiari sono gli iscritti al Fondo certificati come non autosufficienti.

CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

- Per condizione di non autosufficienza si intende la condizione, accertata dalla competente struttura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, che dà diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla Legge provinciale n. 7/1998 o ad analogha prestazione* concessa per l'assistenza personale continua.
- Ai fini dell'attivazione della copertura, la data di accertamento della condizione di non autosufficienza deve essere successiva al 01/01/2024.

PRESTAZIONI

Le due garanzie di seguito descritte sono alternative, l'erogazione dell'una esclude l'altra.

A.13.1 Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti assistiti a domicilio

A.13.1.1 Copertura base

CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEL SUPPORTO ECONOMICO

È prevista l'erogazione di una rendita monetaria pari a euro 12.000/annui. Si tratta di una rendita *vita natural durante*, erogata cioè per tutta la durata della vita dell'iscritto.

MODALITÀ DI CALCOLO

Il diritto alla rendita decorre a partire dal primo giorno del mese successivo a quello di accertamento della non autosufficienza. Conseguentemente, la rendita monetaria per il primo anno viene calcolata in base al numero di mesi per i quali si ha diritto alla copertura.

* Analogamente a quanto adottato per le garanzie relative alle gravi patologie, eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.

A.13.1.2 Copertura Plus

CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEL SUPPORTO ECONOMICO

La rendita monetaria prevista al punto 13.1.1 è aumentata di euro 3.000/anno (per un totale complessivo annuo di euro 15.000/anno) qualora l'iscritto attesti il sostenimento di spese di assistenza sociosanitarie o altre spese direttamente connesse alla condizione di NA pari a minimo euro 2.400/anno.

Le spese che concorrono al raggiungimento dei 2.400 euro, regolarmente comprovate dai documenti di spesa, sono elencate nel seguito:

- Spese per prestazioni sanitarie (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, assistenza infermieristica, fisioterapia) *
- Spese per badanti e altre prestazioni di assistenza personale
- Spese per adeguamento domestico, dovendosi intendere con esse le spese di adeguamento dell'abitazione funzionali all'abbattimento delle barriere architettoniche

MODALITÀ DI CALCOLO

La rendita viene calcolata come descritto per la copertura base (punto A.13.1.1).

A.13.2 Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti ricoverati in RSA

È previsto il rimborso del costo sostenuto dal paziente per le prestazioni sociosanitarie fruite presso la RSA. Si tratta della cosiddetta quota privata, ossia la compartecipazione del cittadino ai costi della RSA per la parte non coperta direttamente dal sistema sanitario pubblico. Il rimborso non comprende la quota a carico del paziente inerente alla cd. "differenza alberghiera".

* Le prestazioni in questione devono essere erogate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000

CRITERI DI RIMBORSO

Il massimale di rimborso annuo è pari a euro 5.840/annuo.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il diritto alla prestazione decorre a partire dal primo giorno del mese successivo a quello di ricovero presso la RSA. Conseguentemente, il rimborso spettante per il primo anno viene calcolato in base al numero di mesi per i quali si ha diritto alla copertura.

Norme e scadenze per la presentazione delle richieste

- › Le richieste vanno presentate al fondo entro 60 giorni dalla data dell'accertamento della condizione di non autosufficienza da parte della competente struttura dell'APSS.
- › Se non viene rispettata tale tempistica, il termine massimo entro cui il Fondo riconosce come ammissibile la richiesta è di 15 mesi a far data dall'attestazione della condizione di non autosufficienza da parte della competente struttura dell'APSS. Trascorso questo termine il diritto all'ottenimento della prestazione viene meno.

Rimandiamo alla mini-guida, che costituirà parte integrante del Piano Sanitario, per l'illustrazione degli esempi pratici

Norme finali

Il progetto di copertura per la non autosufficienza è un progetto sperimentale di durata quinquennale, dall'annualità 2020 all'annualità 2024 compresa. Le norme di rimborso potranno essere riviste a partire dall'annualità 2025, sulla base dei risultati del monitoraggio che il Fondo condurrà. Tali eventuali revisioni potranno riguardare i nuovi casi di non autosufficienza a partire dal 2025, mentre non riguarderanno i diritti alle rendite e/o ai rimborsi maturati fino al 31/12/2024, fatta salva la clausola di salvaguardia prevista all'art. 10.5 del Regolamento del Fondo e che prescrive che il Fondo provveda a garantire le proprie obbligazioni verso gli iscritti fino a concorrenza delle proprie disponibilità.



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

www.sia3.it