www.sanifonds.tn.it

Sf2022

PIANO SANITARIO PER IL DIPENDENTE E I FAMILIARI

Fondazioni di Ricerca

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

Sommario

04
I DESTINATARI DEL PIANO SANITARIO

05
LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

06
A.1 PRESTAZIONI RIABILITATIVE E CURE FISICHE

07
A.2 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

09
A.3 PRESTAZIONI DI PREVENZIONE ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

10
A.4 CURE ODONTOIATRICHE

11
A.5 ALTRE PRESTAZIONI

12
A.6 PACCHETTO LENTI CORRETTIVE

14
A.7 SANIINROSA PACCHETTO MATERNITÀ

16
A.8 SANIINMENTE: PRESTAZIONI DI SUPPORTO PSICOLOGICO

18
PRESTAZIONI IN CASO DI GRAVI MALATTIE

Criteri di accertamento della grave malattia e dell'eleggibilità delle spese al rimborso 18
Prestazioni rimborsate 19

19
A.9 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE FINALIZZATE ALLA FORMULAZIONE DELLA DIAGNOSI E/O DEL PERCORSO TERAPEUTICO

20
A.10 PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E ASSISTENZA

21
A.11 PRESTAZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

24
I NOSTRI CONTATTI

I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

- Dipendente (iscritto principale)
- 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.

Ogni dipendente/familiare iscritto avrà a disposizione le garanzie e i relativi massimali per le spese da lui personalmente sostenute nell'anno di riferimento.

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.sanifonds.tn.it** o inviato ai datori di lavoro.

Gli iscritti potranno presentare le richieste (pratiche) rispettando le seguenti scadenze.

Le richieste (pratiche) pervenute anticipatamente e/o successivamente alle scadenze previste non saranno considerate ammissibili a rimborso.

Solo i dipendenti iscritti al Fondo dopo il 30 giugno 2022, potranno presentare la richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute nel 2022 dal 2 gennaio al 10 marzo 2023.

	Periodo di spesa (fatture)	Quando chiedere il rimborso
1° Finestra Rimborsuale	Dal 1° gennaio 2022 al 30 giugno 2022	Dal 4 luglio 2022 al 21 settembre 2022
2° Finestra Rimborsuale	Dal 1° luglio 2022 al 30 settembre 2022	Dal 3 ottobre 2022 al 9 dicembre 2022
3° Finestra Rimborsuale	Dal 1° ottobre 2022 al 31 dicembre 2022	Dal 2 gennaio 2023 al 10 marzo 2023

Le prestazioni del Piano Sanitario

A.1 Prestazioni **riabilitative** e **cure fisiche**

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
- LASERTERAPIA ANTALGICA
- MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO
- IRRADIAZIONE INFRAROSSA
- MAGNETOTERAPIA
- AGOPUNTURA
- PODOLOGIA
- ALTRE PRESTAZIONI RIABILITATIVE EFFETTUATE DA PERSONALE SANITARIO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 150.

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

- Ai fini dell'ammissibilità a rimborso della richiesta (pratica) presentata dall'iscritto, i documenti di spesa afferenti la garanzia A.1 devono essere pari complessivamente ad almeno 23 euro.
- Le spese saranno rimborsate solo se accompagnate da prescrizione medica. Saranno considerate ammissibili le prescrizioni datate fino a 4 mesi prima del sostenimento della spesa. Le prescrizioni possono essere redatte dal medico di medicina generale o dallo specialista (ortopedico, fisiatra, ecc.) che attesti la necessità delle terapie, oppure – nei casi di infortunio accertato in Pronto Soccorso – in presenza di certificato del PS.
- Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione*.
- Le cure termali (aerosol, inalazioni, fangoterapia, ecc.) non rientrano tra le prestazioni ammissibili al rimborso.

** Per personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000.*

A.2 Prestazioni di **specialistica ambulatoriale**

(diagnostica per immagini, visite specialistiche, prevenzione, laboratorio)

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

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 specialistiche

- 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
- ALTRA VISITA*

** 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.*

Diagnostica strumentale

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

Prestazioni di laboratorio (analisi del sangue, ecc.)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 150.

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

- Ai fini dell'ammissibilità a rimborso della richiesta (pratica) presentata dall'iscritto, i documenti di spesa afferenti la garanzia A.2 devono essere pari complessivamente ad almeno 23 euro.

A.3 Prestazioni di **prevenzione odontoiatrica** e **igiene orale**

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Prevenzione odontoiatrica

- 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 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 30.

A.4 Cure odontoiatriche

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Cure odontoiatriche

- TERAPIE CONSERVATIVE (otturazioni, cure canalari, ecc.)
- CHIRURGIA ORALE (estrazioni, asportazione cisti, ecc.)
- IMPLANTOLOGIA
- PROTESICA ODONTOIATRICA
- TERAPIE ORTODONTICHE (trattamento ortodontico fisso o mobile, ecc.)
- TERAPIE CHIRURGICHE IN AMBITO PARODONTALE (chirurgia muco-gengivale/ chirurgia rigenerativa/chirurgia di eliminazione delle tasche)*
- DIAGNOSTICA (rx endorale; ortopanoramica; tac)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 360.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della precedente garanzia A.3 Prestazioni di prevenzione odontoiatrica e igiene orale.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ SOLO PER LE FATTURE DI ACCONTO

Il Fondo rimborsa le fatture di acconto 2022 se accompagnate dalla fattura di saldo.

Cosa fare se si ha la fattura di saldo entro il 31.12.2022. Le fatture di acconto e il saldo dovranno essere presentate al Fondo nella finestra rimborsuale determinata dalla data della fattura di saldo.

Cosa fare se si è in possesso solo di fatture d'acconto. Le fatture di acconto 2022 saranno rimborsabili **esclusivamente** se accompagnate dal *"Modulo certificazione acconto odontoiatria 2022"* predisposto dal Fondo e compilato dal dentista in tutte le sue parti.

ULTERIORI CHIARIMENTI

- Non saranno accettate fatture riportanti voci di spesa generiche (es.: "cure odontoiatriche").
- Con riferimento alle prestazioni di implantologia e protesica, il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione clinica afferente la prestazione in questione (RX endorale, ortopanoramica, documentazione fotografica, ecc.).

** Per i pazienti affetti da malattia parodontale le sedute di igiene orale sono rimborsabili in numero superiore ad 1 e fino a un massimo di 3. Tale patologia deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata dal dentista. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere data fino a 12 mesi prima rispetto alla data della fattura.*

A.5 Altre prestazioni

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

Prestazioni cicliche

- LOGOPEDIA
- ELABORAZIONE E FORMULAZIONE DELLA DIETA (effettuata su prescrizione del medico)
- CICLO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
- PRESTAZIONI PER LA VALUTAZIONE DELL'INQUADRAMENTO INIZIALE, TRATTAMENTO /PERCORSO INDIVIDUALE E VALUTAZIONE FINALE INDIVIDUALE DI CICLI DI RIABILITAZIONE DA DIPENDENZE (dip. alcologica, dip. patologica da gioco)

Ausili ortopedici, protesi e ortesi

- ORTESI PER PIEDE (plantari, rialzi, calzature ortopediche)
- APPARECCHI ORTOPEDICI PER ARTO SUPERIORE O INFERIORE E PER IL TRONCO (tutore arto, calze a compressione graduata, ecc.)
- PROTESI /ORTESI SPINALI (busti, corsetti, ecc.)
- PROTESI ARTO INFERIORE O SUPERIORE
- AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE E CARROZZINE
- PROTESI ACUSTICHE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 150.

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

- Ai fini dell'ammissibilità a rimborso della richiesta (pratica) presentata dall'iscritto, i documenti di spesa afferenti la garanzia A.5 devono essere pari complessivamente ad almeno 23 euro.
- Per la prestazione di elaborazione e formulazione della dieta, le spese saranno rimborsate in presenza della prescrizione del medico di base o dello specialista che attesti la necessità di tale cura. La prescrizione non deve essere antecedente di 12 mesi rispetto alla data della fattura.

A.6 Pacchetto **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 50% 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.7 SaniInRosa Pacchetto maternità

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

A.7.1 Prestazioni in gravidanza

- Visite ostetrico/ginecologiche (compresi controlli)
- Ecografie
- Test del Dna fetale e altri esami per la diagnosi prenatale
- Diaria per ricovero ospedaliero

A.7.2 Prestazioni post-parto

- Visita ginecologica di controllo (max. 1)
- Riabilitazione pavimento pelvico
- Psicoterapia
- Visita dietologica (max. 1)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

- Il pacchetto maternità dispone di un "borsellino" utilizzabile in 2 anni (2022-2023): il massimale di rimborso previsto è pari a euro 1.000 fruibili nell'anno di gravidanza e nell'anno successivo.
- Per la "Diaria di ricovero ospedaliero in occasione del parto": il Fondo eroga euro 50/giorno a partire dal 4° giorno, fino al massimo al 10° giorno di ricovero. Il rimborso massimo è quindi pari a euro 350. La diaria è riconosciuta invece dal primo giorno di ricovero e sempre per un massimo di 7 giorni in caso di ricovero per aborto terapeutico o spontaneo.
- Per la prestazione "Test del Dna fetale e altri esami per la diagnosi prenatale" viene riconosciuto l'80% della spesa.
- Per tutte le altre prestazioni specialistiche e riabilitative in elenco il Fondo rimborsa il 50% delle spese sostenute.

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

- Sono ammissibili le prestazioni per gravidanze accertate a decorrere dal 1° gennaio 2022.

A.7.1 Prestazioni **in gravidanza**

L'iscritta dovrà presentare, unitamente ai documenti di spesa, il certificato rilasciato dal medico specialista (ginecologo) attestante la gravidanza.

Con specifico riferimento alla prestazione "diaria da ricovero", l'iscritta dovrà presentare la lettera di dimissione dell'ospedale/casa di cura (cosiddetta SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera).

A.7.2 Prestazioni **post-parto**

L'iscritta dovrà presentare, unitamente ai documenti di spesa, il certificato di nascita del bambino.

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.

A.8 **SaniInMente** Prestazioni di supporto psicologico

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 50% 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

CODIZIONI 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:

a. Iscritti di **età uguale o inferiore a 18 anni**
b. 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.
c. 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).*

Erogazione del **rimborso**

La tempistica ordinaria di erogazione del rimborso è di 60 giorni lavorativi dalla data di protocollazione della pratica. Il Fondo si impegna a rispettare detta tempistica, fatte salve situazioni straordinarie non prevedibili (quali ad esempio quelle registrate in specifici periodi del 2020 e 2021 per effetto della pandemia).

Non saranno liquidate pratiche il cui importo totale del rimborso sarà inferiore ad 1 euro.

Ove i documenti di spesa/fatture riportino il pagamento rateale di una prestazione eseguita nel 2022, le fatture saranno rimborsate per la sola annualità in corso. Si specifica che le condizioni di ammissibilità per fatture di acconto relative a cure odontoiatriche sono descritte sotto la garanzia A.4 del Piano.

Le fatture intestate fiscalmente al dipendente iscritto ma sostenute da un familiare iscritto a Sanifonds saranno rimborsate a nome del familiare.

Procedura per il **riesame della pratica**

In caso di mancato accoglimento della richiesta, l'iscritto può chiedere al Fondo il riesame della pratica compilando l'apposito modulo (disponibile sul sito **www.sanifonds.tn.it**) – e allegando la documentazione utile allo svolgimento del riesame –, che deve pervenire firmato in tutte le sue parti entro 30 giorni dalla comunicazione di esito dell'istruttoria.
Non saranno prese in considerazione richieste pervenute dopo il termine stabilito.
La Direzione del Fondo comunicherà all'iscritto l'esito del riesame via mail entro 30 giorni dal giorno di ricezione della richiesta. I riesami che la Direzione indica con esito definitivo non potranno essere nuovamente oggetto di riesame.

Prestazioni in caso di **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 MALIGNE
  (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)
- PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI CHE COMPORTINO NECESSITÀ DI SOLUZIONE CHIRURGICA O COMPROMISSIONE MARCATA DELLA FUNZIONALITÀ DI POMPA
- ESITI INVALIDANTI MOTORI, COGNITIVI O DEL LINGUAGGIO DI ICTUS ISCHEMICI O EMORRAGIA CEREBRALE
- INSUFFICIENZA RENALE CRONICA DI GRADO MARCATO O VICARIATA DA TRATTAMENTO EMODIALITICO O DIALISI PERITONEALE
- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA CON NECESSITÀ DI OSSIGENOTERAPIA
- CECITÀ
- TRAPIANTI DI ORGANO
- 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 01/01/2022)*.

* *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.*

Eventuali pratiche che non rispondono ai criteri di ammissibilità per gravi patologie stabiliti nel presente Piano verranno gestiste come spese afferenti alle prestazioni delle categorie da A.1 a A.8.

PRESTAZIONI RIMBORSATE

In caso di gravi malattie, il Fondo rimborsa spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate:

A.9 Prestazioni specialistiche finalizzate alla **formulazione della diagnosi e/o del percorso terapeutico**

- 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.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700 per iscritto.

A.10 Prestazioni di **riabilitazione e assistenza**

- FISIOTERAPIA
- LOGOPEDIA
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA

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.11. Prestazioni per la **non autosufficienza**

BENEFICIARI

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

- 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 analoga 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 01/01/2022.

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.

PRESTAZIONI

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

A.11.1 Prestazioni rivolte ad iscritti **non autosufficienti assistiti a domicilio**

A.11.1.1 **Copertura base**

CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEL SUPPORTO ECONOMICO

È prevista l'erogazione di una rendita monetaria pari a euro 7.200/annui.

Si tratta di una rendita *vita natural durante*, erogata cioè per tutta la durata della vita dell'iscritto.

* *Per analoga prestazione concessa per l'assistenza personale continua si intendono:*
- *gli assegni per l'assistenza personale continuativa di cui al D.P.r. n. 1124/1965;*
- *le indennità concesse agli invalidi di guerra e superstiti ai sensi del D.P.r. n. 915 del 1978;*
- *indennità di assistenza e di accompagnamento a favore di soggetti affetti da infermità per cause di servizio di cui al D.P.r. n. 1092 del 1973 e alla Legge n. 9 del 1980*

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.

Esempio 1: se la condizione di non autosufficienza viene accertata il 10/03/2022 la data di decorrenza del diritto alla rendita sarà il 01/04/2022. Conseguentemente: la rendita per il primo anno sarà di euro 5.400; per gli anni successivi la rendita sarà di euro 7.200.

A.11.1.2 Copertura Plus

CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEL SUPPORTO ECONOMICO

La rendita monetaria prevista al punto 11.1.1 è aumentata di euro 1.200/anno (per un totale complessivo annuo di euro 8.400/anno) qualora l'iscritto attesti il sostenimento di spese di assistenza sociosanitarie o altre spese direttamente connesse alla condizione di NA pari a minino 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.11.1.1).

Esempio 2: se la condizione di non autosufficienza viene accertata il 10/03/2022 la data di decorrenza del diritto alla rendita sarà il 01/04/2022. In presenza di spese coerenti per almeno euro 2.400, la rendita per il primo anno sarà di euro 6.300; per gli anni successivi la rendita sarà di 8.400.

A.11.2 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, terapista occupazionale, terapista 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.

Esempio: il ricovero presso la RSA avviene in data 10/03/2022, la data di decorrenza del diritto alla prestazione sarà il 01/04/2022. Per il primo anno i mesi utili per il calcolo della prestazione sono 9 quindi il valore massimo prestazione sarà di euro 4.380. Per gli anni successivi il valore potrà arrivare fino a euro 5.840/anno.

Norme e scadenze per la presentazione delle richieste

- 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.
- Sono previste due "finestre" temporali all'interno delle quali presentare la richiesta:

Data di certificazione NA	Richiesta attivazione copertura
01.01.2022 - 30.06.2022	01.07.2022 - 21.09.2022
01.07.2022 - 31.12.2022	02.01.2023 - 10.03.2023

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.

I nostri contatti

tel. **0461.1780252**

e-mail **info@sanifonds.tn.it**

sede **Via Ragazzi del '99, n. 29 Trento sud**
(presso lo stabile della Cassa Edile)

Concept: Agenzia OGP

Sanifonds Trentino
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

www.sanifonds.tn.it