

MINI GUIDA METALMECCANICI 2022-2024 COPERTURA per la NON AUTOSUFFICIENZA

Sommario

ELEMENTI INTRODUTTIVI	3
DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA	3
LA COPERTURA.....	4
QUALI PRESTAZIONI COMPRENDE LA COPERTURA.....	4
QUANTO COSTA L'ISCRIZIONE	4
LA PROCEDURA DI ISCRIZIONE.....	4
LE PRESTAZIONI.....	5
PRESTAZIONI RIVOLTE AD ISCRITTI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI A DOMICILIO	5
PRESTAZIONI RIVOLTE AD ISCRITTI NON AUTOSUFFICIENTI RICOVERATI IN RSA.....	7
COME AVVIENE L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	8
QUANDO PRESENTARE LA RICHIESTA PER ATTIVARE LA COPERTURA.....	8
QUALI DOCUMENTI SONO NECESSARI PER ATTIVARE LA COPERTURA	9
COSA PRESENTARE NEGLI ANNI SUCCESSIVI A QUELLO DI ATTIVAZIONE.....	9
MODALITÀ DI INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE.....	10
<i>Allegato A - Spese per l'adeguamento dell'abitazione principale: Linee guida per l'eleggibilità</i>	<i>11</i>

Elementi introduttivi

DEFINIZIONE 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 di analoga prestazione¹ concessa per l'assistenza personale continua.

Ai fini dell'attivazione della copertura, l'avvio della procedura di accertamento della condizione di non autosufficienza deve essere successiva al 01/04/2023.

Qualora l'iscritto sia considerato elegibile per l'attivazione della garanzia, tale supporto verrà erogato per *tutta la durata in vita* dell'iscritto.

¹ 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

La copertura

QUALI PRESTAZIONI COMPRENDE LA COPERTURA

In caso di insorgenza della condizione di non autosufficienza, l'iscritto può alternativamente attivare una delle seguenti garanzie:

- In caso di assistenza a domicilio: rendita monetaria
 - Rendita base: 7.200€/anno
 - Rendita plus: 8.400€/anno
- In caso di assistenza in RSA: rimborso della *quota privata*
 - Massimale 5.840€/anno

L'ammissibilità alla garanzia LTC viene effettuata dalla commissione medico legale del Fondo sulla base della documentazione prodotta.

QUANTO COSTA L'ISCRIZIONE

L'acquisto del pacchetto LTC è **volontario**, con costo a carico dell'iscritto. Tale garanzia può essere acquistata solo per il lavoratore iscritto, sono esclusi i familiari.

Il pacchetto ha durata **triennale (2022-2023-2024)** mentre il versamento della contribuzione è annuale.

Il costo del pacchetto è pari a **34€/anno**.

Al termine del triennio, l'iscritto potrà scegliere se acquistare il pacchetto per i tre anni successivi.

LA PROCEDURA DI ISCRIZIONE

Per acquistare il pacchetto LTC è necessario collegarsi all'area riservata e seguire la procedura guida.

Per il triennio 1° aprile 2022 – 31 marzo 2024 la 2° finestra d'acquisto va dal **1° febbraio al 31 marzo 2023**.

Al termine l'iscritto potrà scegliere se pagare con **carta di credito** o **bonifico bancario**. Una volta scelta la modalità di pagamento questa non potrà essere modificata.

Le prestazioni

PRESTAZIONI RIVOLTE AD ISCRITTI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI A DOMICILIO

A.11.1.1 Copertura base

Criteri di rimborso

L'iscritto che si trova in una condizione di non autosufficienza assistito a domicilio, può richiedere una rendita monetaria *vita natural durante* pari a € 7.200/annui (600 euro/mensili)

Modalità di calcolo del rimborso

Per il primo anno, l'importo della rendita verrà calcolato a partire dal 1° giorno del mese successivo alla data di accertamento della condizione di NA.

ESEMPIO

Data accertamento NA	Data decorrenza rendita
20/05/2023	01/06/2023

Rendita 1° anno: 4.200€

Rendita anni successivi al primo: 7.200€

A.11.1.2 Copertura Plus

Criteri di rimborso

La rendita monetaria prevista al punto 11.1.1 può essere 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 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)²
- Spese per ausili/protesi sanitarie prescritte con apposita richiesta medica
- Spese per badanti e altre prestazioni di assistenza personale
- Spese per adeguamento domestico, dovendosi intendere con esse le spese di adeguamento dell'abitazione principale funzionali all'abbattimento delle barriere architettoniche (come indicato nel D.M. 236/89) - vedi allegato A

² 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.

Se le spese presentate non concorrono all'attivazione della rendita plus, tali spese saranno gestite compatibilmente con i rimborsi previsti nel piano sanitario ordinario.

ESEMPIO

Data accertamento NA	Data decorrenza rendita
20/05/2023	01/06/2023

Nel 2024 l'iscritto sostiene dei costi di adeguamento dell'abitazione pari a 5.000€ e presenta al Fondo le fatture dei lavori effettuati nella propria abitazione.

Rendita 1° anno: 4.200€

Rendita 2° anno: 8.400€

Rendita anni successivi: 7.200€

PRESTAZIONI RIVOLTE AD ISCRITTI NON AUTOSUFFICIENTI RICOVERATI IN RSA

È previsto il rimborso del costo sostenuto dal paziente per le prestazioni sociosanitarie fruitive 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".

Criteri di rimborso

Il massimale di rimborso annuo è pari a € 5.840,00

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

Data accertamento NA	Data decorrenza rendita	Data ricovero in RSA
10/04/2023	01/05/2023	25/09/2023

Primo anno:

- 4 mesi assistito a domicilio -> $600€ \times 4 = 2.400€$
- 4 mesi ricoverato in RSA -> rimborso alla RSA della quota privata che la struttura comunica al Fondo (valore massimo di rimborso 1.946€)

Anni successivi al primo: rimborso alla RSA della quota privata che la struttura comunica al Fondo (valore massimo di rimborso 5.840€)

Come avviene l'erogazione delle prestazioni

QUANDO PRESENTARE LA RICHIESTA PER ATTIVARE LA COPERTURA

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
01/04 - 30/06	01/08 - 30/09
01/07 - 31/12	01/02 - 31/03 (anno successivo certificazione)

ESEMPIO

Data accertamento NA	Quando presentare la richiesta	Data accertamento NA	Quando presentare la richiesta
10/06/2023	Dal 01/08/2023 al 31/09/2023	18/09/2023	Dal 01/02/2024 al 31/03/2024

Cosa succede se non si attiva la copertura entro la finestra prestabilita?

È possibile utilizzare la finestra successiva entro il termine massimo dei 15 mesi; in questo caso la rendita viene calcolata dal primo giorno del semestre successivo.

ESEMPIO

Presentazione nella prima finestra utile

Data accertamento NA	Quando presentare la richiesta	Data presentazione richiesta a SF	Data decorrenza rendita
10/04/2023	Dal 01/08/2023 al 30/09/2023	01/09/2023	01/05/2023

Presentazione nella finestra successiva

Data accertamento NA	Quando presentare la richiesta	Data presentazione richiesta a SF	Data decorrenza rendita
10/04/2023	Dal 01/08/2023 al 30/09/2023	03/03/2024	01/07/2023

QUALI DOCUMENTI SONO NECESSARI PER ATTIVARE LA COPERTURA

1. **Verbale di accertamento della condizione di non autosufficienza** rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale
2. Documento comprovante il **rilascio dell'indennità di accompagnamento/attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento** da parte da **APAPI** (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa)

Ad esempio: attestazione rilasciata da APAPI; attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento rilasciata dal caaf/patronato

Se il verbale contiene una data di revisione

Qualora nel verbale rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale sia presente una **data di revisione**, il supporto erogato dal Fondo terminerà l'ultimo giorno del mese precedente a quello indicato nella revisione. Se l'esito della revisione confermerà lo stato di NA, l'erogazione del supporto riprenderà dal 1° giorno del mese indicato nella revisione.

COSA PRESENTARE NEGLI ANNI SUCCESSIVI A QUELLO DI ATTIVAZIONE

Dopo l'attivazione della copertura, l'iscritto o suo delegato **ogni 6 mesi deve presentare attestazione del ricevimento dell'indennità di accompagnamento**

Periodo rendita	Entro quando presentare documentazione di conferma
I° semestre	01/08 - 30/09
II° semestre	01/02 - 31/03

Quali documenti presentare?

1. Documento comprovante il **rilascio dell'indennità di accompagnamento/attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento** da parte da **APAPI** (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa)

MODALITÀ DI INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE

La richiesta di attivazione della copertura viene effettuata compilando il **modulo R/2022/05** scaricabile dal sito www.sanifonds.tn.it

Il modulo deve essere inviato utilizzando una delle seguenti modalità

- e-mail: rimborsi@gestionef.it
- **consegna cartacea**: esclusivamente previo appuntamento telefonico (0461.1919745) o prenotandosi sul sito (www.sanifonds.tn.it) presso gli uffici di Sanifonds Trentino.

Allegato A - Spese per l'adeguamento dell'abitazione principale: Linee guida per l'eleggibilità

Nel presente allegato sono esplicitati i criteri che il fondo utilizza per valutare l'ammissibilità delle spese per l'**adeguamento domestico**, dovendosi intendere con esse le spese di adeguamento dell'abitazione principale funzionali all'abbattimento delle barriere architettoniche.

ELEMENTI DESCRITTIVI

Per **barriere architettoniche** si intendono:

- a) gli ostacoli fisici che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea;
- b) gli ostacoli che limitano o impediscono a chiunque la comoda e sicura utilizzazione di parti, attrezzature o componenti;
- c) la mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.

Per **adeguamento** si intende la possibilità di modificare nel tempo lo spazio costruito a costi limitati, allo scopo di renderlo completamente ed agevolmente fruibile anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale. Sono quindi l'insieme dei provvedimenti necessari a rendere gli spazi esistenti conformi ai requisiti richiesti.

ELEGIBILITA' DELLE SPESE

Gli interventi devono essere atti a favorire l'**accessibilità dell'iscritto/a**.

Di seguito viene riportato un elenco non esaustivo del tipo di interventi che concorrono all'abbattimento delle barriere architettoniche:

- ✓ adeguamento percorso pedonale per raggiungere l'unità abitativa principale;
- ✓ installazione di servoscala/piattaforma elevatrice/ascensore;
- ✓ modifica e/o sostituzione porte, ingresso principale e/o interne;
- ✓ modifica e/o riposizionamento di pulsanti - interruttori (es: interruttori/apparecchi elettrici/valvole/rubinetti/campanelli/citofoni/allarmi/termocomandi/ecc.);
- ✓ modifica e/o riposizionamento dei servizi igienici (es: tazza w.c., bidet, vasca, doccia, lavabo, ecc.);
- ✓ modifica e/o riposizionamento di mobili (es: armadio, lavabo cucina, ecc.).

COME ATTESTARE LA CONGRUITA' DELLE SPESE SOSTENUTE

Per concorrere alla maggiorazione prevista dalla rendita plus (8.400€/anno) le spese devono essere:

- regolarmente **comprovate dai documenti di spesa** che esplicitino le tipologie di costo sostenute;
- accompagnate da una sintetica relazione tecnica a cura del fornitore o del tecnico incaricato indicante **una descrizione delle caratteristiche per cui la tipologia di prodotto/intervento risponde alle caratteristiche di conformità** indicate nel paragrafo precedente.

Ricorda che...

...Sanifonds ha attivato una collaborazione con l'associazione AsTrID ODV la quale mette a disposizione degli iscritti i propri esperti per pareri/consigli per l'adeguamento dell'abitazione e l'abbattimento delle barriere architettoniche. Di seguito i loro contatti:

Contatti Astrid:

senza-barriere@astrid-tn.it

<https://www.astrid-tn.it/>

339-4323016

(Estratto dal DM 236/89 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche sugli edifici privati", che funge da linea guida per comprovare la compatibilità di quanto attestato).