



## **A tutti gli iscritti al F.I.A. CARIPARO**

### **FONDO SANITARIO DI GRUPPO COMPLESSIVO MIGLIORAMENTO DELLA COPERTURA SANITARIA**

Il giorno 2 ottobre sono stati sottoscritti gli accordi sindacali che consentono la costituzione del nuovo Fondo Sanitario del Gruppo Intesa Sanpaolo dal 1/1/2011. Al Fondo saranno iscritti tutti i dipendenti delle Banche e Società del Gruppo (con esclusione del settore assicurativo).

Dal 1/1/2011, pertanto, la Cassa Assistenza SPIMI, la Cassa Assistenza Intesa ed il Fondo Interno di Assistenza Cariparo, quest'ultimo previa delibera del Consiglio di Amministrazione di Cariveneto, confluiranno nel costituendo Fondo Sanitario.

Sulle principali caratteristiche del Fondo Sanitario, rimandiamo alle apposite informative emanate dalle Delegazioni Sindacali Trattanti. Per quanto riguarda gli effetti sui futuri trattamenti integrativi sanitari degli iscritti al F.I.A. Cariparo, evidenziamo i numerosi fattori di miglioramento rispetto alla vigente disciplina:

- **Contribuzione Aziendale:** il contributo **medio** annuo a carico dell'azienda aumenta da 570 euro a 900 euro pro-capite, rivalutato in base agli indici ISTAT.

- **Contribuzione a carico degli iscritti:** il contributo a carico dell'iscritto aumenta dallo 0,50% al 1% della retribuzione pensionabile INPS. L'azienda si fa carico dell'incremento dello 0,50% e **provvede a versare l'importo corrispondente nel conto individuale del dipendente, in essere presso il Fondo Pensione**. Il costo riferito all'iscritto, rimane pertanto invariato. Resta invece a carico dell'iscritto la contribuzione per i familiari fiscalmente a carico e sarà pari al 0,10% della retribuzione per ciascun familiare con un massimo di tre (0,30%). Per quanto attiene ai limiti di reddito si fa riferimento alla normativa fiscale tempo per tempo dalla vigente (attualmente 2.840 € annui). A puro titolo esemplificativo, un lavoratore con reddito di 30.000€ avrà una trattenuta annua per familiare a carico pari a 30€.. **Per i figli a carico viene eliminato il limite di età di 26 anni e non è prevista la convivenza.**

- **Contribuzione a carico del personale a part-time:** non sarà più a carico dell'iscritta/o la quota di contribuzione aziendale (1,5%) sul differenziale retributivo con il tempo pieno, attualmente prevista dal regolamento del F.I.A. Analogo trattamento sarà applicato al personale assente per aspettativa senza retribuzione.

- **Contribuzione dei familiari non a carico:** è possibile estendere le prestazioni del Fondo Sanitario ai familiari conviventi non fiscalmente a carico, finora preclusa dal Regolamento del F.I.A., versando un contributo pari allo 0,90% della retribuzione per ogni familiare.

- **Contribuzione complessiva :** la contribuzione media complessiva per nucleo familiare a disposizione del nuovo Fondo Sanitario, riferita alla platea degli iscritti al F.I.A.,

aumenta da 780 a 1.500 € annui, consentendo di incrementare, secondo stime, la percentuale media di rimborso, oggi assicurata dal F.I.A, **dal 50 al 80% delle spese sostenute.**

- **Contribuzione aziendale nel periodo di quiescenza:** l'accordo prevede il mantenimento della contribuzione a carico dell'azienda (1,5% della pensione), nel corso del periodo di quiescenza, a favore dei pensionati, degli esodati al Fondo di Solidarietà e del personale in servizio che abbia maturato al 31/12/2010 il requisito minimo di 15 anni di iscrizione al F.I.A. Cariparo, come già fissato dal vigente Regolamento.

- **Apprendisti neo assunti :** è prevista l'iscrizione immediata degli apprendisti neo assunti al Fondo Sanitario, con superamento dell'attuale normativa che prevede la possibilità di adesione solo dopo il primo biennio. Si assicura quindi, anche per il dipendente con contratto di apprendistato, l'immediata copertura delle spese sanitarie.

- **Rimborso dei ticket sanitari:** è previsto il rimborso integrale dei ticket del Servizio Sanitario Nazionale e degli equivalenti oneri riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici eseguite da strutture private convenzionate con il S.S.N., mentre il F.I.A. prevede un rimborso del 70% per le analisi e la diagnostica.

- **Prestazioni dirette in convenzione:** l'iscritto potrà ottenere la prestazione sanitaria presso strutture private convenzionate (non previste dal F.I.A) direttamente con il Fondo Sanitario, con costi a proprio carico estremamente ridotti (**20€** per le visite specialistiche, **35€** per la diagnostica di base, **50€** per l'alta diagnostica).

- **Condivisione delle Riserve Patrimoniali dei Fondi Sanitari in essere:** l'accordo prevede il conferimento al Fondo Sanitario di Gruppo delle Riserve Patrimoniali accantonate dalle Casse Sanitarie in essere. Tali riserve, che ammontano complessivamente a **81 milioni di Euro**, saranno utilizzate per compensare eventuali futuri deficit di bilancio delle 2 gestioni (personale in servizio e pensionati).

Il nuovo Fondo Sanitario, oltre a rimborsare le spese mediche per malattie ed infortuni, eroga le prestazioni per oneri mirati **alla prevenzione di patologie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale.** A far tempo dal 1/1/2011, decorrenza di confluenza del F.I.A nel Fondo Sanitario di Gruppo, cessa la somministrazione del Check-up sanitario per i dipendenti ex Cariparo. Pertanto le spese sostenute da ogni iscritto a titolo di prevenzione, saranno rimborsate con le regole e i limiti previsti dalla normativa del Fondo sanitario di Gruppo.

In riferimento alla nuova tabella delle prestazioni, pur in presenza di un complessivo miglioramento delle stesse, siamo consapevoli delle criticità circa il livello di copertura delle spese dentarie e dell'assenza di specifiche previsioni di tutela per i portatori d'handicap. **In questa prima fase di costituzione del Fondo Sanitario, per ragioni di sostenibilità e di equilibrio di bilancio, non è stato possibile ampliare i relativi plafond. Sarà nostra cura, in presenza di risorse disponibili, di proporre un congruo adeguamento delle suddette prestazioni.**

**La tabella di seguito riportata raffronta le principali prestazioni del Fondo Sanitario di Gruppo con quelle erogate dal F.I.A Cariparo:**

<b>PRESTAZIONI</b>	<b>FONDO SANITARIO DI GRUPPO</b>  <b>Massimali annui per nucleo familiare (ad eccezione dei ricoveri) e franchigie a carico degli iscritti</b>	<b>F.I.A. CARIPARO</b>  <b>Massimali per singola prestazione</b>
<b>Visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, terapie, trattamenti fisioterapici, comprese le visite e gli accertamenti ambulatoriali di medicina omeopatica</b>	<b>3.000 € (4.000 € da 1/1/2013)</b> di cui massimo <b>800€</b> per fisioterapie. Franchigia del <b>30%</b> ; se erogate da medici e centri convenzionati la franchigia è di <b>20€</b> per le visite e <b>35€</b> per la diagnostica	<b>80 €</b> per visite specialistiche <b>70%</b> della spesa sostenuta per la diagnostica
<b>Ricoveri (anche in day hospital) presso strutture pubbliche</b>	- <b>90 €</b> di diaria al giorno (massimo di 90 giorni per beneficiario e per evento), elevati a 180 giorni in caso di grandi interventi patologici - diaria minima di <b>500 €</b> in caso di parto cesareo Nessuna franchigia	Non è prevista alcuna diaria in caso di ricovero totalmente a carico del S.S.N. e senza onere per l'iscritto
<b>Ricoveri con o senza intervento chirurgico</b>	<b>150.000 €</b> per evento ( <b>300.000€</b> per grandi interventi ed eventi patologici) di cui massimo: - <b>3.500 €</b> per parto fisiologico - <b>7.800 €</b> per parto cesareo o aborto Franchigia di <b>500€</b> per ricoveri inferiori a 5 giorni senza intervento chirurgico e del <b>20%</b> per intervento chirurgico ambulatoriale Sono rimborsate entro i massimali anche le spese sostenute nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero o intervento ambulatoriale (120 giorni se ricovero presso S.S.N.) - <b>1.500 €</b> annuo per spese di trasporto dell'assistito	Presso strutture del S.S.N. o presso strutture private se autorizzati dal S.S.N. -massimo di <b>60 €</b> al giorno per rette di degenza -massimo di <b>23,24€</b> per familiare di compagnia - <b>90%</b> della spesa sostenuta per interventi chirurgici o prestazioni medico-sanitarie  - <b>50%</b> della spesa sostenuta presso strutture private per ricoveri non autorizzati dal S.S.N.  -Non sono rimborsabili spese di trasporto dell'assistito
<b>Ticket (ed equivalenti importi privatistici) dovuti al S.S.N.</b>	Sono rimborsati al <b>100%</b>	- <b>70%</b> per accertamenti diagnostici -massimo <b>80€</b> per visite specialistiche
<b>Prestazioni specialistiche e alta diagnostica (tac, risonanza m. pet, esami endoscopici, scintigrafia, etc.)</b>	<b>15.000€</b> , aumentati a <b>30.000€</b> per grandi eventi patologici. Franchigia <b>20%</b> ovvero <b>50€</b> se prestazione erogata presso centri convenzionati con il Fondo Sanitario	- <b>70%</b> della spesa sostenuta
<b>Psicoterapia e psicoanalisi</b>	<b>1.500€</b> con franchigia del <b>30%</b>	- <b>70%</b> della spesa sostenuta

<b>Mezzi correttivi oculistici (occhiali compresa la montatura e lenti a contatto)</b>	<b>450€</b> con franchigia del <b>30%</b>	Nei <b>12</b> mesi sono rimborsate solo una delle spese indicate: - <b>108,46</b> per occhiali - <b>216,91</b> per occhiali bifocali - <b>154,94</b> per lenti a contatto
<b>Cure dentarie</b>	<b>1.500€</b> con franchigia del <b>30%</b> + <b>75€</b> per persona per visita odontoiatrica e per ablazione tartaro (che non incidono nel massimale annuo)	Vedi tabella per cure dentarie con i massimali per singole prestazioni
<b>Protesi auditive</b>	<b>2.000€</b> senza franchigia	<b>70%</b> della spesa con massimo di <b>723,04€</b> e <b>1.446,08€</b> per protesi binaurale
<b>Protesi ortopediche e oculistiche</b>	<b>3.000€</b> senza franchigia di cui massimo <b>600€</b> per altre protesi, latte in polvere <b>300 €</b> e medicinali prescritti da enti ospedalieri	<b>70%</b> della spesa <b>309,87€</b> per latte artificiale
<b>Assistenza e ricovero per intossicazioni di alcolici, allucinogeni e stupefacenti</b>	<b>1.500€</b> con franchigia del <b>30%</b>	Prestazione non prevista
<b>Medicinali convenzionali ed omeopatici</b>	<b>600€</b> sono rimborsati solo i medicinali prescritti da enti ospedalieri o reperibili solo all'estero	<b>50%</b> della spesa sostenuta
<b>NB. Si precisa che i diversi plafond fanno riferimento all'intero nucleo familiare.</b>		

**LE SEGRETERIE DI COORDINAMENTO CARIVENETO  
DIRCREDITO – FABI – FIBA/CISL – FISAC/CGIL – UILCA**

Padova, 5/10/2010