

VERBALE DI ACCORDO

In Milano, in data 26 novembre 2015

tra

- Intesa Sanpaolo S.p.A., anche nella qualità di Capogruppo

e

• le Organizzazioni Sindacali FABl, FIRST/CISL, FISAC/CGIL, SINFUB, UGL CREDITO, UILCA, UNISIN,

di seguito definite le Parti, anche nella loro qualità di Fonti Istitutive del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito Fondo Sanitario)

premesso che

- con le intese sottoscritte in data 19 settembre 2013 le Parti hanno previsto di incontrarsi annualmente, entro il mese di novembre, al fine di verificare l'andamento delle contribuzioni e delle prestazioni, per valutare gli interventi utili a garantire nel tempo l'equilibrio del Fondo Sanitario e delle distinte evidenze contabili in esso contenute;
- l'analisi dei dati economici nonché degli andamenti attesi - anche sulla base delle previsioni attuariali - hanno indicato la possibilità di intervenire con alcune modifiche che riguardano la gestione iscritti in servizio e la gestione iscritti in quiescenza, i cui effetti andranno verificati nel corso del prossimo triennio, al fine di valutarne la conferma;
- si è altresì condiviso di introdurre in via sperimentale per l'anno 2016 una prestazione che consenta di rimborsare farmaci per malattie gravi non direttamente assistite dal Servizio Sanitario, da monitorare nel corso dell'anno anche alla luce del quadro di riferimento relativo all'assistenza nazionale e regionale in evoluzione;

si conviene quanto segue:

1. le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente accordo;
2. con effetto dal 1° gennaio 2016 lo Statuto ed i Regolamenti del Fondo Sanitario sono modificati come di seguito riportato.
 - a. Modifica del comma 10 ed inserimento di un nuovo ultimo comma dell'art 5 dello Statuto, come segue:

10. Decorso i termini di cui ai commi 8 e 9 l'iscritto può esercitare le facoltà previste dai commi 1 e 4 in qualsiasi momento successivo all'evento, con pagamento della contribuzione dal mese in cui si è verificato l'evento **per un massimo di quattro annualità** e con l'avviso che la fruizione delle relative prestazioni decorre trascorso un intero anno dalla data della richiesta, ad eccezione del coniuge e dei figli, in entrambi i casi fiscalmente a carico, che potranno fruire delle relative prestazioni dalla data della richiesta.

11. Nel caso in cui il familiare beneficiario che ha perso i requisiti di iscrizione al "Fondo Sanitario" per effetto della variazione di stato civile e/o della convivenza si trovi nuovamente nelle condizioni previste dallo Statuto per essere reso beneficiario delle prestazioni da parte di un iscritto al "Fondo Sanitario", la richiesta potrà essere accolta, nel rispetto delle modalità e dei criteri previsti dal presente Statuto, con fruizione delle prestazioni decorso un anno intero dalla data della richiesta e pagamento della relativa contribuzione. Nel caso in cui il familiare rientri nello stesso nucleo familiare precedente è dovuta anche la contribuzione per l'intero periodo intercorrente tra la precedente revoca e la nuova estensione (con un massimo di quattro anni).

b. Inserimento di un nuovo ultimo alinea al comma 2 dell'articolo 7 dello Statuto del seguente tenore:

- **a seguito di richiesta di revoca da parte del beneficiario maggiorenne, senza possibilità di essere nuovamente reso beneficiario.**

c. Modifica dell'articolo 9, comma 4 dello Statuto come segue:

Per gli iscritti destinatari di trattamento pensionistico di reversibilità le quote percentuali previste a carico degli "iscritti in quiescenza" e dei relativi familiari beneficiari sono applicate sul **65% del** trattamento pensionistico che sarebbe spettato al titolare deceduto **e comunque su una base minima di € 20.000.** Nel caso di iscritti destinatari di trattamento pensionistico indiretto le relative quote sono applicate sul 65% dell'ultima retribuzione in servizio. In entrambi i casi si applicano nel tempo le rivalutazioni previste al comma 2 che precede.

d. Modifica del **Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in servizio**

Prestazioni Ospedaliere – Principi generali

Introduzione di un nuovo punto 4) del seguente tenore:

Il "Fondo Sanitario", in via sperimentale per l'anno 2016, rimborsa i farmaci già inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) che, a giudizio della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica.

Detti farmaci sono rimborsabili dal "Fondo Sanitario" a condizione che:

- non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/o regionale;
- siano relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:
 - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità
 - Epatite C
 - HIV
 - Sla e Sclerosi Multipla
 - Fibrosi cistica.

Il trattamento deve essere prescritto da Ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuto a seguito della valutazione del consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta nel massimale annuo delle Prestazioni Ospedaliere.

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali

Inserimento di un nuovo secondo comma al punto 2), del seguente tenore:

Detto massimale è aumentato ad € 600 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.

Inserimento di un nuovo secondo alinea e modifica del terzo alinea del punto 4) , del seguente tenore:

- **a fronte una spesa di importo pari o superiore ad € 6.500 in unica fattura riferita ad un piano di cure dentarie relative ad un unico iscritto/beneficiario, viene riconosciuta la facoltà di fruire, una tantum per l'intero periodo di iscrizione al Fondo Sanitario, oltre che del plafond relativo all'anno di fatturazione, anche di quello relativo al biennio successivo, con un massimo di € 4.500 complessivi;**
- spese per ablazione del tartaro e visita di controllo nel limite di € 75 per persona una volta all'anno, non considerati ai fini dell'esaurimento **dei massimali** di cui **agli** alinea che **precedono**.

Inserimento di un nuovo secondo comma al punto 4), del seguente tenore:

Il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad € 2.000 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentate/e.

Esclusioni

Introduzione di un nuovo ultimo alinea del seguente tenore:

- l'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I . (Osservazione Breve Intensiva).

e. Modifica del **Regolamento delle Prestazioni per gli iscritti in quiescenza**

Prestazioni Ospedaliere – Principi generali

Introduzione di un nuovo punto 4) del seguente tenore:

Il "Fondo Sanitario", in via sperimentale per l'anno 2016, rimborsa i farmaci già inseriti nel prontuario terapeutico nazionale e autorizzati all'immissione in commercio (codice AIC) che, a giudizio della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), possiedono il requisito dell'innovatività terapeutica.

Detti farmaci sono rimborsabili dal "Fondo Sanitario" a condizione che:

- non siano rimborsati dal Servizio Sanitario a livello nazionale e/o regionale;
- siano relativi al trattamento delle patologie oncologiche, virali e degenerative di cui al seguente elenco tassativo:
 - Neoplasie con caratteristiche istologiche di malignità
 - Epatite C
 - HIV
 - Sla e Sclerosi Multipla
 - Fibrosi cistica.

Il trattamento deve essere prescritto da Ente ospedaliero con indicazione della durata della terapia. La richiesta di rimborso, che sarà riconosciuto a seguito della valutazione del consulente sanitario del "Fondo Sanitario" circa il rispetto dei requisiti sopra indicati, dovrà essere corredata da fattura e dalla prescrizione di cui sopra e sarà riconosciuta nel massimale annuo delle Prestazioni Ospedaliere.

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie – Massimali

Inserimento di un nuovo secondo comma al punto 2), del seguente tenore:

Detto massimale è aumentato ad € 350 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.

Inserimento di un nuovo secondo comma al punto 4), del seguente tenore:

Il massimale di cui al primo alinea è aumentato ad € 800 per i nuclei familiari composti da almeno cinque componenti, tali alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è effettuata la/le spesa/e documentata/e.

Esclusioni

Introduzione di un nuovo ultimo alinea del seguente tenore:

- l'indennità di diaria nel caso di ricoveri domiciliari e/o ricoveri in pronto soccorso anche in regime di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).

Rimborsi

Modifica del primo comma nel modo seguente:

Le spese sostenute a fronte delle prestazioni di cui al presente Regolamento delle Prestazioni sono liquidate nella misura ~~dell'85%~~ **del 70%** della somma spettante se **ad eccezione di quelle** effettuate da medici e strutture in forma totalmente convenzionata ~~e del 70% negli altri casi.~~

*** *** ***

3. I dipendenti attualmente in servizio che al momento dell'avvio dell'operatività del Fondo Sanitario non hanno inteso iscriversi al medesimo ovvero hanno revocato la propria iscrizione nel periodo 1° gennaio 2011 – 26 novembre 2015 senza aver usufruito delle relative prestazioni, in via straordinaria ed eccezionale, entro e non oltre il 30 giugno 2016, potranno richiedere l'iscrizione per sé e l'estensione delle prestazioni per gli eventuali familiari rientranti nelle previsioni statutarie, alle condizioni di seguito elencate:
 - iscrizione al Fondo Sanitario dal 1° gennaio 2016;
 - pagamento di un'intera annualità di contribuzione a carico dell'iscritto dovuta per sé e per gli eventuali familiari ai sensi delle disposizioni statutarie oltre all'intera quota percentuale prevista a titolo di "contributo di ingresso" nell'accordo 2 ottobre 2010, senza fruizione delle prestazioni;

- possibilità di beneficiare delle prestazioni di cui all'Appendice 2 dello Statuto a decorrere dal 1° gennaio 2017 per un periodo di due anni nel corso del quale l'Azienda verserà il contributo a proprio carico e l'iscritto continuerà a corrispondere il "contributo di ingresso" per sé e per i familiari a carico, oltre a quanto previsto per i familiari non a carico.

INTESA SANPAOLO S.p.A.
(anche n.q. di Capogruppo)

FABI

FIRST/CISL

FISAC/CGIL

SINFUB

UGL CREDITO

UILCA

UNISIN