

Il giorno 28/4/10 in Roma

l'Amministrazione della Banca d'Italia, rappresentata dal Segretario Generale Paolo Piccialli, assistito dal Capo del Servizio Personale Inquadramento Normativo ed Economico Augusto Aponte e da Francesco Nicolò ed Antonella Caronna del Servizio medesimo

e

la FISAC-CGIL, rappresentata da

GIULIO PELLEGRINI

DIANA AVANEO

PAOLO CECCHI

ENZO PANDOLFI

CLAUDIO VITTORI

il SIBC-CISAL, rappresentato da



MASSIMO D'ALAGNI

ALBERTO ANTONETTI

MARIO CACCAGNO

ANTONELLA DE SANCTIS

hanno stipulato il seguente accordo in tema di copertura delle spese sanitarie del personale.



Le parti convengono che l'Amministrazione promuoverà una gara europea tra compagnie di assicurazione operanti nel ramo malattia per stipulare, con effetto dall'1.1.2011 al 31.12.2012, una polizza assicurativa in favore del personale in servizio e in quiescenza della Banca d'Italia per la copertura delle spese sanitarie. Sarà prevista la possibilità di prorogare di un anno (1.1.2013 - 31.12.2013) la durata del contratto, a richiesta della Banca, ove il rapporto tra i rimborsi corrisposti agli assistiti e i contributi versati alla Cassa di Assistenza (di seguito la "Cassa") messa a disposizione dalla Compagnia aggiudicataria (di seguito "la Compagnia") nella prima annualità, con riferimento all'"Assistenza base" (dipendenti, pensionati, familiari fiscalmente non a carico), sia non superiore all'85%.

L'Amministrazione dichiara che per l'espletamento della gara si atterrà ai criteri e alle modalità riportati nell'Allegato 1.

TIPOLOGIE E CONTENUTI DELLE ASSISTENZE E CATEGORIE DI BENEFICIARI

1) Assistenza base

E' prestata in favore dei:

– **dipendenti in servizio, coniuge e figli fiscalmente a carico;**

ai fini del presente accordo sono considerati in tale ambito anche i dipendenti cessati dal servizio che si avvalgono delle "misure di accompagnamento all'uscita" di cui ai punti 2b), 3a) e 3 bis) degli accordi del 26 giugno 2008;

– **pensionati diretti** (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti"), **coniuge e figli fiscalmente a carico**. Possono iscriversi a tale assistenza i pensionati già iscritti all'"Assistenza Pensionati" al 31.12.2010 e quelli già iscritti all'"Assistenza Dipendenti" cessati dal servizio nel 2010. Potrà inoltre iscriversi il personale che cesserà dal servizio successivamente al 31.12.2010 avanzando richiesta di prosecuzione. Non può iscriversi chi è iscritto all'"Assistenza Grandi Rischi Pensionati".

Al superamento dell'80° anno di età degli assistiti è fatto obbligo di compilazione di un questionario anamnestico. Il mantenimento integrale delle prestazioni può, in tali casi, subire delle limitazioni ove la Compagnia comunichi per iscritto le proprie motivate determinazioni in proposito;

– **familiari fiscalmente non a carico** di dipendenti e pensionati iscritti nell'"Assistenza base": coniuge e figli conviventi o meno; altri parenti e affini entro il 3° grado, convivente *more uxorio* da almeno 3 anni e figli del convivente *more uxorio* (sia fiscalmente a carico sia fiscalmente non a carico), a condizione che siano anagraficamente conviventi con il dipendente/pensionato. L'iscrizione di un familiare fiscalmente non a carico è facoltativa e comporta l'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari fiscalmente non a carico assistibili e anagraficamente conviventi, ad eccezione dei familiari che beneficino di un'"analoga assistenza" (cioè di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro).

2) Assistenza aggiuntiva

E' prestata, a richiesta del dipendente/pensionato, in favore di tutti i soggetti inseriti nell'"Assistenza base".

L'assistenza può essere estesa anche ai familiari che non siano inseriti nell'"Assistenza base" in quanto fruiscono di un'"analoga assistenza" (cioè di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro).

L'assistenza verrà attivata al raggiungimento di una percentuale minima di adesione pari al 35% dei nuclei iscritti all'"Assistenza base" relativa a dipendenti e pensionati.

3) Assistenza Grandi Rischi Pensionati

E' prestata in favore dei pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") fino all'età di 80 anni, nonché in favore del coniuge anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 80 anni. Possono aderire a tale assistenza i pensionati diretti iscritti o meno alle vigenti assistenze nonché il personale che cesserà dal servizio con diritto a pensione successivamente al 31.12.2010 optando per tale soluzione. L'adesione a tale assistenza è alternativa rispetto a quella all'"Assistenza base" per i pensionati. L'assistenza viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo, fino al termine dell'annualità assicurativa in cui il pensionato raggiunge l'80° anno di età; l'estensione al coniuge cessa comunque al termine dell'annualità assicurativa in cui il medesimo raggiunge l'80° anno di età.

L'assistenza può essere estesa facoltativamente in favore dei figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato stesso. L'inserimento di un figlio comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato, fatta eccezione per quelli che già beneficiano di "analoga assistenza" (cioè di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro).

In caso di decesso del dipendente/pensionato, il nucleo già assistito nelle assistenze 1), 2) e 3) avrà facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza per l'intera durata del rapporto contrattuale (fino al 31.12.2012 più l'eventuale proroga di un anno), fermo restando il limite degli 80 anni previsto per il coniuge superstite nell'"Assistenza Grandi Rischi Pensionati". A tal fine un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza.

Le prestazioni sanitarie incluse nelle assistenze e le relative condizioni di rimborso sono indicate nell'Allegato 2 salvo i miglioramenti rivenienti dall'esito della gara.

Dichiarazione a verbale

L'Amministrazione dichiara che per le parti non specificate nel presente documento e nei relativi allegati farà riferimento a quanto previsto dall'attuale disciplina (msg. n. 1359458 del 29.12.2006 e allegati disciplinari).

PREMI POSTI A BASE DI GARA, CONTRIBUTI E MODALITA' DI ESAZIONE

1) Assistenza base

- **dipendenti in servizio, coniuge e figli fiscalmente a carico:** il premio posto a base di gara è pari a € 1.186,00.



Il contributo per il nucleo è unico ed il relativo onere è distribuito tra la Banca (70%, pari a € 830,00) e il dipendente (30%, pari a € 356,00). Ove dall'aggiudicazione dell'appalto risultasse un premio inferiore a quello posto a base di gara, il minor costo dell'assistenza andrà a favore della sola quota a carico del dipendente.

Il contributo a carico del dipendente verrà trattenuto, in via anticipata, in unica soluzione con le competenze del mese di gennaio di ciascun anno;

- **pensionati diretti, coniuge e figli fiscalmente a carico:** il premio posto a base di gara è pari a € 2.050,00.

Il contributo per il nucleo è a carico della Banca ad eccezione dei capitalizzati al 100% e dei "differiti". La Banca riconoscerà ai pensionati iscritti nell'"Assistenza base" un importo lordo pari alla differenza tra la misura media lorda (€ 2.136,00) dell'importo stabilito per il contributo per spese sanitarie con gli accordi del 26 giugno 2008 e il premio risultante dall'aggiudicazione della gara. Resta ferma la corresponsione del contributo per spese sanitarie, nella misura e con le modalità previste dagli accordi del 26 giugno 2008, ai pensionati diretti non iscritti all'assistenza;

- **familiari fiscalmente non a carico:** il premio posto a base di gara è pari a € 900,00.

Il contributo è pro capite e il relativo onere è a totale carico del dipendente/pensionato.

L'importo del contributo verrà trattenuto in 12 rate mensili con le competenze dei mesi da gennaio a dicembre di ciascun anno.

2) Assistenza aggiuntiva

Il premio posto a base di gara è pari a € 980,00 per il nucleo composto dal dipendente/pensionato e da coniuge e figli fiscalmente a carico; è pari a € 390,00 pro capite per i familiari fiscalmente non a carico.

Il contributo è a totale carico del dipendente/pensionato.


Il relativo importo verrà trattenuto in 12 rate mensili con le competenze dei mesi da gennaio a dicembre di ciascun anno.

3) Assistenza Grandi Rischi Pensionati

Il premio posto a base di gara è pari a € 390,00 per il nucleo pensionato-coniuge e a € 195,00 pro capite per i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il pensionato.

Il contributo è a carico della Banca, ad eccezione dei capitalizzati al 100% e dei "differiti", nei limiti della misura media lorda (€ 2.136,00) del contributo per spese sanitarie. La Banca riconoscerà ai pensionati iscritti nell'"Assistenza Grande Rischi Pensionati" un importo lordo pari alla differenza tra la misura media lorda (€ 2.136,00) dell'importo stabilito per il contributo per spese sanitarie con gli accordi del 26 giugno 2008 e il premio risultante dall'aggiudicazione della gara. Resta ferma la corresponsione del contributo per spese sanitarie, nella misura e con le modalità previste dagli accordi del 26 giugno 2008, ai pensionati diretti non iscritti all'assistenza.

Ove il quadro normativo subisca innovazioni o integrazioni tali da alterare i presupposti fiscali e contributivi posti a base della copertura sanitaria, la Banca e la Compagnia procederanno, previa intesa tra la Banca e le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente accordo, alla revisione dei contenuti della copertura sanitaria per ripristinare detti presupposti.



Per i dipendenti i relativi oneri saranno distribuiti tra Banca e assistito nella misura, rispettivamente del 70% e del 30%, ovvero nella diversa misura risultante dall'aggiudicazione relativamente all'“Assistenza base” qualora si determini, fermo il contributo a carico della Banca, un minor onere per il dipendente.

Per i pensionati gli oneri saranno a carico della Banca nei limiti della misura media lorda (€ 2.136,00) dell'importo stabilito per il contributo per spese sanitarie.

In ipotesi di risoluzione anticipata del rapporto contrattuale con la Compagnia, la Banca e le Organizzazioni Sindacali si incontreranno per valutare le opportune iniziative.

Dichiarazione a verbale

L'Amministrazione dichiara che comunicherà alle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente accordo l'avvenuta apertura delle buste contenenti l'offerta per l'aggiudicazione dell'appalto per la copertura delle spese sanitarie e la lista delle Compagnie che hanno partecipato.

Una volta terminate le procedure di aggiudicazione, renderà inoltre noti i risultati della gara, indicando l'eventuale Compagnia aggiudicataria, i premi di aggiudicazione e la Cassa di riferimento.

Dichiarazione a verbale

L'Amministrazione interesserà i centri medici convenzionati con la Banca per l'espletamento degli accertamenti diagnostici in favore del personale in servizio affinché, a partire dal 1° settembre 2010, i pensionati diretti (inclusi i “differiti”) e il personale che, fino alla maturazione del diritto a pensione, si avvale degli interventi di cui ai punti 2b), 3a) e 3bis) delle “misure di sostegno” previste dagli accordi negoziali del 26 giugno 2008 possano effettuare il *check-up* (ordinario o mirato) presso i predetti centri medici, per le medesime tipologie di accertamenti e con la stessa periodicità previste per i dipendenti in servizio, pagando lo stesso contributo e senza aver titolo ad alcun rimborso spese. A tal fine gli interessati si avvarranno del centro convenzionato competente per la Filiale di riferimento; per l'area romana utilizzeranno i centri convenzionati su Roma, con esclusione del “Policlinico Tor Vergata” che effettua i *check-up* per i soli dipendenti addetti al Centro Donato Menichella.



Elementi qualificanti della gara e del rapporto Banca/Compagnia aggiudicataria/Cassa

GARA

L'appalto avrà per oggetto la stipula di un Atto per la prestazione dei servizi di copertura assicurativa sanitaria per i dipendenti in servizio e in pensione della Banca d'Italia e dei loro familiari, con coperture articolate in "base", "aggiuntiva", "grandi rischi" (solo per pensionati), con il vincolo, per il vincitore, di garantire la continuità assistenziale in favore dei soggetti in copertura al 31.12.2010 e aventi titolo a proseguire nell'assistenza.

Sarà effettuata una gara europea a norma del codice dei contratti pubblici. La durata dell'appalto sarà pari a due anni, con possibilità di proroga per un ulteriore anno, facoltà esercitabile dalla Banca ove il rapporto tra rimborsi corrisposti agli assistiti e contributi versati dalla Banca nella prima annualità – con riferimento alle coperture "base" (dipendenti, pensionati, familiari non a carico) - sia non superiore all'85%.

Il criterio di aggiudicazione sarà quello della "Offerta economicamente più vantaggiosa", attribuendo un massimo del 55% del punteggio disponibile all'offerta di ribasso percentuale di tutti i premi posti a base di gara, e un massimo del 45% del punteggio disponibile all'offerta di miglioramenti di alcune prestazioni della polizza "base" (suddiviso in: 30% per franchigie *scoperti* relative a ricoveri, 15% per massimali, franchigie e ¹⁰ scoperti relativi a prestazioni specialistiche e di alta diagnostica). Tali miglioramenti si applicheranno anche alle corrispondenti condizioni della polizza "aggiuntiva". *e/o*

La partecipazione sarà riservata a compagnie di assicurazione che abbiano avuto, nel triennio 2006 – 2008, una raccolta premi media annua nel ramo "Malattia" non inferiore ad € 50 milioni.

Tra i requisiti tecnici per l'ammissione alla gara verranno previsti la disponibilità di una rete di strutture sanitarie convenzionate e di una centrale operativa, con le caratteristiche più avanti sintetizzate.

RAPPORTI CONTRATTUALI

La Compagnia assicuratrice aggiudicataria dovrà, per l'intera durata del rapporto contrattuale, mettere a disposizione una "Cassa di Assistenza" che, sulla base della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse successivamente intervenire, abbia finalità assistenziale e sia abilitata a norma di legge a ricevere i contributi in riferimento alle attività e prestazioni oggetto di contratto e risulti idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso delle spese mediche, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi. La Cassa dovrà, pertanto, risultare iscritta all'Anagrafe dei Fondi integrativi sanitari di cui al Decreto del Ministro del lavoro del 27.10.2009.

La Cassa dovrà avere adottato il Documento programmatico per la sicurezza dei dati (DPS). La Cassa dovrà aver gestito, nel triennio 2007/2009, coperture per almeno 15.000 nuclei per anno.

La Compagnia dovrà garantire per tutta la durata del contratto e delle relative prestazioni - assumendo ogni responsabilità al riguardo - la rispondenza della Cassa ai fini ed agli scopi sopra indicati, nonché la piena operatività della Cassa stessa. Ove la Cassa non sia, o non sia più, in possesso dei requisiti previsti, la Compagnia dovrà individuare - senza soluzione di continuità - una nuova Cassa fornita dei requisiti stessi. In caso di inadempimento, la Banca potrà revocare l'aggiudicazione o risolvere il contratto, con diritto al risarcimento dei danni.

La Cassa dovrà obbligarsi ad assumere la contraenza del programma sanitario, accettando i contributi versati dalla Banca e riversando gli stessi sotto forma di premio alla Compagnia, secondo le modalità previste nel Capitolato. Il pagamento del corrispettivo contrattuale sarà, pertanto, effettuato dalla Banca nei confronti della Cassa, in funzione degli Assistiti iscritti. La Cassa provvederà, quindi, a versare gli importi dovuti alla Compagnia a titolo di premio, ferma l'operatività della garanzia assicurativa dalla decorrenza del contratto o dell'annualità assicurativa.

Le attività svolte dalla Cassa saranno remunerate unicamente dalla Compagnia. Tale remunerazione non potrà incidere in alcun modo sull'entità e sulla qualità delle prestazioni e delle coperture oggetto del contratto.

Nella formulazione dei documenti di gara (disciplinare, capitolato, etc.) verrà inserito un impegno alla revisione dei contenuti della copertura sanitaria ove il quadro normativo subisca innovazioni o integrazioni tali da alterare i presupposti fiscali e contributivi posti a base della copertura stessa.

* * *

ASSISTENZA DIRETTA

L'assistito potrà scegliere di ricevere prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso strutture sanitarie convenzionate senza anticipare la spesa, nei limiti della copertura spettante.

La scelta della struttura e del medico spetterà sempre all'assistito.

Qualora l'assistito si rivolga ad un Centro convenzionato, ma si avvalga di equipe medico/chirurgiche non convenzionate, verrà comunque attivata l'assistenza diretta per le prestazioni convenzionate.

La Compagnia aggiudicataria sarà obbligata, per l'intera durata contrattuale a disporre di una rete convenzionata in cui siano presenti strutture abilitate al ricovero notturno, centri medici, medici specialisti nonché centri fisioterapici e odontoiatrici. In particolare, nell'ambito della rete convenzionata dovranno essere presenti:

Strutture abilitate al ricovero notturno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio di pagamento diretto delle spese coperte da assicurazione - almeno 200 strutture su tutto il territorio nazionale (incluse strutture pubbliche) di cui almeno una per Regione.

Centri medici non abilitati al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi) presso i quali sia attivo il servizio di assistenza diretta per prestazioni previste in contratto - almeno 500 sul territorio nazionale di cui almeno uno per Provincia.

In caso di mancato adempimento di tale obbligo, la Banca si riserverà la facoltà di risolvere di diritto il contratto, ferma restando la responsabilità della Compagnia per danni.



ASSISTENZA INDIRETTA A RIMBORSO

In caso di prestazioni erogate da strutture e medici non convenzionati l'assistito dovrà inoltrare la denuncia di sinistro alla Cassa, entro 30 giorni dalla conclusione del ciclo di cure.

Qualora entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione il gestore non abbia provveduto a respingere il sinistro oppure a chiedere legittimamente - e secondo i principi di buona fede e correttezza - ulteriore documentazione, entro i successivi 15 giorni provvederà ad effettuare il rimborso. Il termine per il pagamento sarà pari a 15 giorni dalla ricezione delle eventuali controdeduzioni o documentazioni integrative. Ogni ritardo rispetto ai termini stabiliti per il pagamento verrà sanzionato con una maggiorazione automatica dell'indennizzo spettante.

CENTRALE OPERATIVA

La Compagnia sarà obbligata, per l'intera durata contrattuale, ad avere una centrale operativa raggiungibile nell'intero arco della giornata, compresi i giorni festivi, attraverso un numero verde nazionale ed internazionale (gratuito), di facile accessibilità.

La Compagnia sarà inoltre obbligata ad avere un apposito servizio web/sito internet, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, ove sia disponibile l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché sia possibile inoltrare le suddette richieste di erogazione in modalità on-line e richiedere, attraverso una casella di posta elettronica dedicata, chiarimenti ed informazioni. Il servizio dovrà garantire agli interessati la possibilità di ottenere informazioni on-line, tramite apposita parola-chiave, sullo stato delle pratiche di rimborso.

La Compagnia, inoltre, dovrà inviare bimestralmente alla Banca un'apposita reportistica contenente informazioni statistiche sui sinistri, distinti secondo partizioni analitiche per tipologia di evento. L'inadempimento di tale obbligazione comporterà l'applicazione di specifiche penali. La Banca si riserva altresì di chiedere dati disaggregati per genere e classi di età.

RIAPERTURA TERMINI

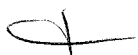
Saranno previste, come in passato, alcune limitate possibilità di inserimento in assistenza anche a soggetti che oggi non ne godano.

Potranno entrare nella "Assistenza base": a) dipendenti attualmente non iscritti e relativi nuclei a carico; b) familiari "paganti" attualmente non iscritti.

Potranno entrare nella "Assistenza Grandi Rischi Pensionati": a) pensionati attualmente non iscritti; b) familiari "paganti" attualmente non iscritti; c) pensionati attualmente iscritti nella "Assistenza Pensionati".

L'obbligo di redazione del questionario anamnestico per i pensionati iscritti nella "Assistenza base" verrà spostato dal compimento dei 75 anni al compimento degli 80.

La "Assistenza Grandi Rischi Pensionati" varrà fino al termine dell'anno assicurativo nel quale il pensionato compie gli 80 anni, e non più i 75.



PRESTAZIONI SANITARIE

ASSISTENZA BASE¹

LIMITI DI ASSISTENZA

Il massimale generale annuo per nucleo sarà di € 200.000,00, con sottolimiti per le tipologie di prestazione più avanti specificate. Il massimale annuo sarà pari a € 350.000,00 in caso di grande intervento chirurgico.

Qualora nel nucleo assistito sia presente un portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, o certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, e/o il nucleo assicurato includa più di quattro componenti (due dei quali "paganti") oltre al titolare, i limiti di assistenza saranno maggiorati del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza saranno riconosciuti per intero.

RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

SCOPERTI/FRANCHIGIE

Ricoveri con intervento

- interventi **in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica):
nessuno scoperto;
- interventi **in regime di parziale convenzione diretta** (ricovero in struttura convenzionata, ma con intervento eseguito da equipe medica non convenzionata):
verrà applicato il regime convenzionato per le spese di ricovero;
- interventi **non in convenzione diretta**:
scoperto del 20%, con un minimo di € 1.300,00 e un massimo di € 2.500,00.

Per i grandi interventi chirurgici non verrà applicato alcuno scoperto.

¹ Si richiama la dichiarazione a verbale dell'accordo, secondo cui per le parti non specificate nel presente documento l'Amministrazione farà riferimento a quanto previsto dall'attuale disciplina (msg. n. 1359458 del 29.12.2006 e allegati disciplinari).



Interventi ambulatoriali o in *day hospital*

- interventi **in regime di convenzione diretta:**
scoperto di € 100,00;
- interventi **non in convenzione diretta:**
scoperto di € 500,00.

Per gli interventi oculistici di chirurgia refrattiva e con laser a eccimeri - ammessi a rimborso nei soli casi di anisometria superiore a quattro diottrie o di deficit visivo, anche di un solo occhio, pari o superiore a sei diottrie - il limite di rimborso sarà pari a € 500,00 per occhio e per anno, con il limite di € 1.000,00 per anno e per nucleo.

Ricoveri senza intervento e prestazioni in *day hospital*

- **in regime di convenzione diretta:**
per i ricoveri, scoperto del 15% con un minimo di € 500,00 e un massimo di € 1.500,00.
Per le prestazioni in *day hospital* franchigia di € 300,00;
- **non in convenzione diretta:**
per i ricoveri, scoperto del 20%, con un minimo di € 1.300,00 e un massimo di € 2.500,00.
Per le prestazioni in *day hospital* franchigia di € 300,00.

RETTE DI DEGENZA

Rimborso nei limiti di € 260,00 giornalieri. Fermo restando che le rette di degenza saranno rimborsate senza limite di importo giornaliero in caso di grande intervento chirurgico e di ricovero in convenzione, le rette medesime saranno rimborsate senza limite di importo giornaliero anche per i giorni di degenza in unità coronariche e assimilate, unità di terapia intensiva e sub-intensiva.

DIARIE

Nei casi di ricovero, con o senza intervento chirurgico, con prestazioni interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (salvi eventuali ticket o altre misure di partecipazione alla spesa imposti dalla normativa nazionale o regionale) verrà riconosciuta una diaria pari a € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 30 giorni anno/nucleo.

PARTO

- **parto cesareo** il rimborso massimo sarà di € 6.500,00 per evento;
- **parto naturale** il rimborso massimo sarà di € 4.000,00 per evento.



PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE, ALTA DIAGNOSTICA

Il sottolimito assistenziale per le prestazioni di alta diagnostica sarà pari a € 6.500,00 per anno/nucleo (maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa).

Le prestazioni di "alta diagnostica" saranno le medesime oggi vigenti, con l'aggiunta della laserterapia.

SCOPERTI/FRANCHIGIE

- **in convenzione diretta:**
scoperto del 20% con il minimo di € 65,00;
- **non in convenzione diretta:**
scoperto del 20% con il minimo di € 90,00.

In caso di ciclo di cura verrà applicato un unico scoperto. A tali fini la richiesta di rimborso dovrà essere presentata al termine del ciclo di cura.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Il sottolimito assistenziale per le prestazioni specialistiche sarà pari a € 1.500,00 per anno/nucleo.

Prestazioni "specialistiche" che facciano parte di un ciclo di cura che includa anche prestazioni di alta diagnostica graveranno sul sottolimito dell'alta diagnostica, con applicazione di un unico scoperto per ciclo di cura.

Rispetto all'attuale regime verrà esclusa la psicoterapia; la logopedia sarà ammessa fino al termine della scuola dell'obbligo.

Le protesi ortopediche non saranno rimborsabili (cfr. "Assistenza aggiuntiva")

SCOPERTI/FRANCHIGIE

- **in convenzione diretta:**
scoperto del 20% con il minimo di € 65,00;
- **non in convenzione diretta:**
scoperto del 20% con il minimo di € 90,00.

In caso di ciclo di cura verrà applicato un unico scoperto. A tali fini la richiesta di rimborso dovrà essere presentata al termine del ciclo di cura.

CURE ONCOLOGICHE

Verrà elevato a € 14.000,00 anno/nucleo il sottolimito per patologie oncologiche.



LONG TERM CARE

Per i soli titolari dell'“Assistenza base” dipendenti per le malattie manifestatesi e per gli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi-permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, verranno rimborsate – per un periodo massimo di quindici anni – le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di € 1.000,00 mensili.



ASSISTENZA AGGIUNTIVA

L'“Assistenza Aggiuntiva” prevederà le prestazioni aggiuntive rispetto all'“Assistenza base” di seguito descritte.

LIMITI DI ASSISTENZA

- incremento del limite generale di assistenza da € 200.000,00 a € 250.000,00, e da € 350.000,00 a € 400.000,00 in caso di grandi interventi; anche detti limiti verranno incrementati del 20% nei medesimi casi di cui all'“Assistenza base”.

RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

- esclusione di franchigie o scoperti per ricoveri senza intervento chirurgico, in regime di convenzione;
- riduzione al 15%, con un massimo di € 1.500,00, della franchigia in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, fuori convenzione;
- incremento a € 8.000,00 del massimale per parto cesareo e a € 5.000,00 di quello per parto naturale;
- per gli interventi ambulatoriali o in *day hospital*, rimborso integrale senza franchigie se in regime di convenzione; applicazione di una franchigia di € 200,00 se fuori convenzione;
- per le prestazioni ambulatoriali o in *day hospital* senza intervento, sia in convenzione che fuori convenzione, applicazione di una franchigia di € 200,00;
- il limite di rimborso sarà elevato fino a € 1.000,00/occhio, con un massimale di € 2.000,00 anno/nucleo per gli interventi oculistici previsti nell'“Assistenza base” e sarà riconosciuta la possibilità di rimborso, sempre con il predetto limite, anche per gli interventi oculistici di chirurgia refrattiva e con laser a eccimeri per anisometria inferiore a quattro diottrie o deficit visivo anche di un solo occhio inferiore a sei diottrie.

PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE, ALTA DIAGNOSTICA, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- scoperto, per le prestazioni di alta diagnostica e le specialistiche, sia in regime di convenzione che fuori convenzione, pari al 20% con il minimo di € 50,00;
- elevazione a € 2.500,00 del sottolimito per le prestazioni specialistiche, con un sub-massimale pari a € 1.000,00 per psicoterapia, logopedia anche dopo la scuola dell'obbligo, protesi ortopediche, protesi acustiche, visite pediatriche, medicinali non "mutuabili".

CURE ONCOLOGICHE

- elevazione a € 18.000,00 del sottolimito per patologie oncologiche.



LENTI E OCCHIALI

- rimborso (per modifica del visus o per prima prescrizione, entrambe certificate da medico oculista) entro il limite di € 150,00 per anno/persona con un massimale di € 300,00 per anno/nucleo.

CURE DENTARIE

- rimborso delle cure dentarie conservative (esclusa igiene orale), estrazioni e otturazioni, prestazioni stomatologiche e odontoiatriche, incluse protesi e prestazioni ortodontiche, con un massimale di € 750,00 anno/nucleo e uno scoperto del 30%, con il minimo di € 150,00, a fattura.

PRESTAZIONI ACCESSORIE

- assistenza infermieristica, € 50,00/die per un massimo di 30 giorni anno/nucleo; vitto e pernottamento di un accompagnatore in caso di ricovero, € 100,00/die per un massimo di 30 giorni anno/nucleo; spese di trasporto dell'infermo, € 520,00 in Italia, € 1.035,00 estero; trasporto estero in caso di intervento chirurgico, € 2.000,00 per evento, con uno scoperto del 20%, minimo € 50,00 (massimo € 2.000,00 per anno/nucleo).



ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI²

LIMITI DI ASSISTENZA

- il massimale anno/nucleo sarà pari a € 120.000,00;
- viene introdotto un sottolimito di € 6.000,00 per anno/nucleo per cure oncologiche, concernente spese ospedaliere ed extraospedaliere per chemioterapia, cobalto terapia, terapie radianti e laser, visite mediche e accertamenti diagnostici conseguenti a patologie oncologiche diagnosticate durante la vigenza del contratto.

SCOPERTI/FRANCHIGIE

- interventi **in totale regime di convenzione diretta** (sia struttura sanitaria che equipe medica): 10%, con il minimo di € 1.000,00 e il massimo di € 2.500,00;
- interventi **in regime di parziale convenzione diretta** (ricovero in struttura convenzionata, ma con intervento eseguito da equipe medica non convenzionata): verrà applicato il regime convenzionato per le spese di ricovero;
- interventi **non in convenzione diretta**: 20%, con il minimo di € 1.500,00 e il massimo di € 4.000,00.

RETTE DI DEGENZA

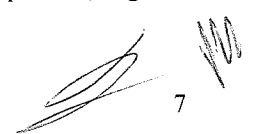
Resta confermato il limite giornaliero di € 260,00.

Le rette di degenza saranno rimborsate senza limite di importo giornaliero, anche fuori convenzione, per i giorni di degenza in unità coronariche e assimilate, unità di terapia intensiva e sub-intensiva per esigenze connesse con l'intervento.

PRESTAZIONI ACCESSORIE

- rimborso dei compensi a squadre di soccorso sarà pari a € 1.200,00;
- rimborso delle spese di trasporto dell'infermo sarà pari a € 2.200,00 per evento; quello delle spese per il trasporto del defunto dall'estero sarà pari a € 1.700,00.

² Si richiama la dichiarazione a verbale dell'accordo, secondo cui per le parti non specificate nel presente documento l'Amministrazione farà riferimento a quanto previsto dall'attuale disciplina (msg. n. 1359458 del 29.12.2006 e allegati disciplinari).



La Delegazione dell'Amministrazione stipula il presente accordo per conto del Direttore Generale con riserva di sottoporlo al Governatore, il quale lo valuterà in sede di Consiglio Superiore affinché l'accordo stesso sia approvato o respinto nel suo complesso.

PER L'AMMINISTRAZIONE

T. de Tommasi
Augusto Spuh
Giovanni Micali
Antonella Corrao

PER LA FISAC-CGIL

Roberto Pellegrini
Dolci V. A.

PER IL SIBC-CISAL

Antonio D'Amico
Alberto Bertini