

ACCORDO NAZIONALE IN MATERIA ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA IN APPLICAZIONE DELLA NORMA DI CUI AL PUNTO B) PARTE IX "WELFARE DI SETTORE" DEL CCNL 22/11/2010.

In data 17 luglio 2012, a Sassuolo

CONFINDUSTRIA CERAMICA rappresentata dal Presidente della Commissione Sindacale Enzo Donald Mularoni, dal Direttore Generale Armando Cafiero e dal Responsabile Area Lavoro Glauco Roberti

e

UGL Chimici rappresentata da Luigi Ulgiati,

F.I.A.L.C.-CISAL rappresentata da Giuseppe Graniti,

F.A.I.L.C.- CONF.A.I.L. rappresentata da Evangelista Zaccaria

FESICA –CONF.SAL. rappresentata da Letizia Giello

premessi che :

- il punto B) – Assistenza Sanitaria - parte IX - Welfare di settore- del CCNL 22 novembre 2010 stabilisce che "A far data dal 1° settembre 2012 sarà attivato un sistema di assistenza sanitaria integrativa per tutte le aziende rientranti nella sfera di applicabilità del contratto definita all'art. 1 del Capitolo II, ad esclusione di quelle indicate nell'ultimo comma. Al riguardo un'apposita Commissione paritetica si incontrerà per esaminare e proporre il sistema di assistenza sanitaria integrativa valutato più adeguato (es. adesione a fondo categoriale o adesione a fondo aperto o polizza assicurativa o altro), fermo sin da ora restando, che tale sistema dovrà essere coerente con i principi, le condizioni, le modalità operative, i criteri di rappresentanza, le prestazioni ed i costi di cui al sistema già in essere sino al 30 giugno 2011 per le imprese dei "settori ceramica", giusto accordo 16 giugno 2011. La Commissione dovrà concludere i lavori entro il 30 giugno 2012. Dal sistema attivato dal 1° settembre 2012 saranno escluse le aziende che disporranno di un proprio sistema aziendale di assistenza sanitaria";

- la Commissione paritetica all'uopo costituita ha sviluppato i propri lavori nei termini temporali previsti e, tra le diverse opzioni esaminate, ha individuato nel sistema gestito dal fondo categoriale Fondo Assistenza Sanitarie Imprese Energia (FASIE) il sistema di assistenza sanitaria integrativa più adeguato in relazione al dettato della norma sopra richiamata;

- la Commissione paritetica ha proposto alle Parti firmatarie del CCNL di adottare il sistema di assistenza sanitaria integrativa gestito dal Fondo Assistenza Sanitaria Imprese Energia (FASIE);



- le Parti firmatarie del CCNL, espresso vivo apprezzamento per i contenuti e le modalità di espletamento dell'incarico da parte della Commissione paritetica, hanno ritenuto congiuntamente di accogliere la proposta da questa avanzata;

- tutto ciò premesso;

hanno convenuto quanto segue

A) Previa realizzazione della condizione sospensiva prevista dal successivo punto B), a far data dal 1° settembre 2012, per tutte le aziende rientranti nella sfera di applicabilità del CCNL 22 novembre 2010, ad eccezione di quelle previste dal successivo punto C), sarà adottato il sistema di assistenza sanitaria integrativa gestito dal Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia (FASIE).

Norma transitoria

Il sistema sarà operativo dal 1° settembre 2012 esclusivamente per i lavoratori che alla data del presente accordo saranno aderenti al sistema sanitaria integrativa gestito da FONSAI in attuazione dell'accordo 27 giugno 2008 a valere per le aziende dei settori "Ceramica" (ceramica sanitaria, porcellane ceramica per uso domestico e ornamentale, ceramica tecnica, tubi in gres) iscritte.

Per gli altri lavoratori il sistema sarà operativo dal 1° gennaio 2013, sempreché la loro adesione sia avvenuta entro il 31 ottobre 2012.

Il sistema avrà la seguente disciplina:

1) ADESIONE

L'adesione al sistema ha carattere volontario e necessita di espressa manifestazione di volontà del lavoratore.

L'adesione del lavoratore determina per l'azienda l'onere di contribuzione previsto al successivo punto 4) "Contributi".

La mancata adesione del lavoratore non determina per l'azienda l'onere di contribuzione previsto al successivo punto 4) "Contributi" né alcun altro onere.

A livello individuale il sistema è operativo a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno per coloro che avranno aderito entro il 31 ottobre dell'anno precedente e dal 1° luglio di ogni anno per coloro che avranno aderito entro il 30 aprile dell'anno in corso.

È prevista l'iscrizione volontaria del nucleo familiare del lavoratore dipendente iscritto al programma di assistenza sanitaria integrativa, a fronte di un contributo annuo aggiuntivo interamente a carico del lavoratore interessato.

2) PRESTAZIONI STANDARD

Vedi Allegato

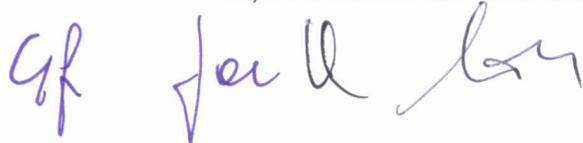
3) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE VOLONTARIE e CONTRIBUZIONE

Vedi Allegato

4) CONTRIBUTI

- Per le PRESTAZIONI STANDARD il contributo annuo per dipendente iscritto ammonta ad € 280,00 ed così ripartito:

- € 140,00 a carico dell'azienda;
- € 140,00 a carico del lavoratore.



Il contributo viene pagato in un'unica soluzione entro il 15 gennaio per coloro che avranno aderito entro il 31 ottobre dell'anno precedente ed entro il 15 luglio per coloro che avranno aderito entro il 30 aprile dell'anno in corso.

Il contributo è anticipato per intero dall'azienda, anche per quanto riguarda la quota a carico del lavoratore. L'azienda recupera quanto anticipato in dodici rate mensili (in sei rate mensili per coloro i quali aderiscono in corso d'anno), operando le relative trattenute in busta paga.

5) DURATA

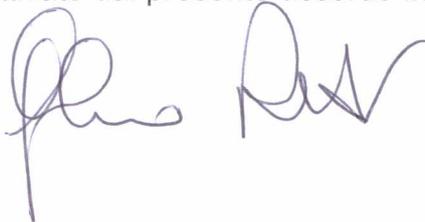
Il programma di assistenza sanitaria integrativa è a tempo indeterminato e si potrà recedere dallo stesso per accordo delle parti stipulanti il CCNL, con previsione, in via transitoria ed iniziale, di una durata triennale dal 1° settembre 2012 al 31 agosto 2015.

- B)** Confindustria Ceramica presenterà immediatamente al Fondo Assistenza Sanitaria Imprese Energia (FASIE) istanza di adesione al sistema di assistenza sanitaria integrativa da esso gestito a valere per tutte le aziende rientranti nella sfera di applicabilità del CCNL 22 novembre 2010 con decorrenza 1° settembre 2012.

L'accoglimento da parte del Fondo Assistenza Sanitaria Imprese Energia (FASIE) dell'istanza consentirà l'avvio del sistema così come previsto al punto A).

- C)** Dal sistema di assistenza sanitaria integrativa attivato dal presente accordo saranno escluse le aziende che disporranno di un proprio sistema aziendale di assistenza sanitaria. Tali aziende potranno, d'intesa con le rappresentanze dei lavoratori, aderire al sistema sanitario integrativo attivato dal presente accordo in sostituzione del sistema aziendale esistente.

CONFINDUSTRIA CERAMICA



UGL

F.I.A.L.C.-CISAL

Gronchi

F.A.I.L.C.-CONF.A.I.L.

Deiana

FESICA -CONF.SAL.



**ALLEGATO AD ACCORDO 17 LUGLIO 2012
OPZIONE STANDARD**

Per i lavoratori e rispettivi familiari cui si applica il C.C.N.L. Piastrelle di Ceramica, Materiali refrattari e Ceramica Sanitaria

La presente opzione prevede la copertura assistenziale del dipendente e dei relativi familiari/conviventi iscritti.

E' altresì coperto il nucleo familiare del dipendente con riferimento alle prestazioni per le quali è espressamente previsto.

Nucleo familiare del dipendente: Coniuge e figli a carico (figli di età inferiore ai 18 anni, figli di età inferiore ai 21 anni che frequentino una scuola media superiore o altro corso di studi assimilabili, limitatamente alla durata del corso medesimo, figli di età inferiore ai 26 anni che frequentino l'università od altro corso di studio assimilabile alla durata del corso legale, figli senza alcun limite di età, che si trovino per grave infermità fisica o mentale nell'assoluta permanente impossibilità di svolgere un proficuo lavoro).

I costi per l'opzione standard sono i seguenti:

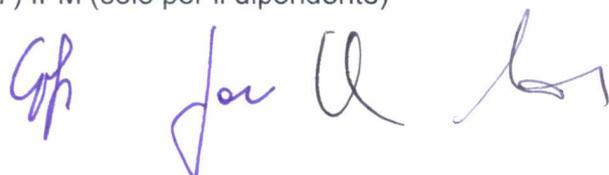
per l'iscrizione del dipendente: € 140,00 annui

per l'iscrizione del familiare del dipendente: € 186,00 annui

per l'iscrizione del convivente del dipendente: € 372,00 annui

A. ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

- 1) Grandi Interventi Chirurgici a pagamento
- 2) Grandi Interventi Chirurgici ASL
- 3) Ricoveri ordinari a pagamento con intervento chirurgico
- 4) Ricoveri ordinari a pagamento senza intervento chirurgico
- 5) Ricoveri ordinari ASL con intervento chirurgico
- 6) Ricoveri ordinari ASL senza intervento chirurgico
- 7) Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico
- 8) Ricoveri parto non cesareo
- 9) Pre/Post Grandi Interventi Chirurgici
- 10) Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento
- 11) Pre/Post Ricoveri ordinari ASL
- 12) Pre/Post Oncologici
- 13) Post day hospital ASL Oncologico
- 14) Polispecialistica
- 15) Occhiali
- 16) Tickets
- 17) IPM (solo per il dipendente)



Le prestazioni di cui ai punti 1), 2) e 9) sono riconosciute anche al nucleo familiare del dipendente.

A.1) PER I "RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO" - PRESTAZIONI DA 3) A 8) E DA 10) A 13) -

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da malattia o infortunio vengono rimborsate le spese sostenute per:

- 1) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 2) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 3) per équipe operatoria, anestesista, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (compresi apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento), tutori ortopedici (sostitutivi del gesso) applicati prima della dimissione dalla casa di cura;
- 4) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 5) per rette di degenza con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisore, telefono, ecc.;
- 6) per parto cesareo, interruzione di gravidanza post-traumatica o spontanea;
- 7) per parto non cesareo (comprese spese ostetriche) e interruzione di gravidanza terapeutica fino al limite massimo onnicomprensivo di Euro 275,00 per evento senza franchigia;
- 8) nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento escluso il ricovero Day-Hospital (degenza diurna che non comporti pernottamento);
- 9) nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche. E' compreso il Day-Hospital e il Day-Surgery per Malattie Oncologiche;
- 10) per assistenza e prestazioni mediche, onorari per visite mediche;
- 11) per agopuntura se praticata da medici;
- 12) per analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- 13) per interventi chirurgici ambulatoriali;
- 14) per medicinali, allegando la prescrizione medica, le fustelle e gli scontrini fiscali delle farmacie;
- 15) per terapia psicologica in seguito a trattamento chemioterapico per malattia oncologica;
- 16) per trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico, effettuati da fisioterapisti o centri specializzati di fisioterapia;
- 17) per rimborso dei seguenti tickets (con esclusione delle esenzioni):
- 18) analisi di laboratorio;
- 19) esami diagnostici;
- 20) visite specialistiche;
- 21) trattamenti fisioterapici e rieducativi, se conseguenti ad infortunio o intervento chirurgico;

- 22) per trasporto in ambulanza del paziente per il ricovero nell'Istituto di Cura e da questo al domicilio, fino al limite del 5% del massimo rimborsabile;
- 23) per interruzione di gravidanza post-traumatica spontanea;
- 24) per interventi chirurgici in Day-Hospital;
- 25) per trattamenti di terapia citostatica o antitumorale anche a domicilio in Day-Hospital;
- 26) in tickets relative a prestazioni di fisioterapia effettuata tramite il Servizio Sanitario Nazionale, se effettuata nei 90 giorni successivi un ricovero in Day-Surgery ASL (ricoveri con intervento in struttura pubblica)

Massimale

Il limite massimo di rimborso, per persona, per evento e per anno finanziario non potrà superare la somma di Euro 77.500,00 (anche per le malattie oncologiche - Ricoveri e Pre/Post -).

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 55,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

Con riferimento alle spese relative a "Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico" e a "Pre/Post Ricoveri ordinari" rimane a carico dell'assistito uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Con riferimento alle spese sostenute per diverse prestazioni prevedono l'applicazione a carico dell'assistito di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a "Pre/Post Oncologici" non è prevista franchigia.

4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come "Ricoveri Ordinari".

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese relative a "Ricoveri tipo day hospital con intervento chirurgico", a "Pre/Post Ricoveri ordinari a pagamento" e "Pre/Post Ricoveri ordinari ASL" vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 160,00 euro per evento.

2. Le spese sostenute per diverse prestazioni vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 800,00 euro per evento.

3. Per le malattie oncologiche, si applicano le franchigie di cui al comma precedente, tenendo conto che le degenze per terapie di malattie oncologiche con intervento non saranno soggette singolarmente a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. In caso di ricovero per terapie di malattie oncologiche senza intervento agli effetti del rimborso, si considera ricovero la prima degenza e le successive terapie non saranno singolarmente soggette a franchigia se effettuate entro i 210 giorni dalla fine della prima degenza. Per le spese relative a "Pre/Post Oncologici" non è prevista franchigia.



4. I ricoveri consequenziali e consecutivi al Ricovero con Grande Intervento, saranno considerati come "Ricoveri Ordinari".

5. Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'assistito., con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta, senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

A.2) PER "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" – PRESTAZIONI 1), 2) E 9) -

In caso di Grande Intervento Chirurgico vengono rimborsate le spese sanitarie:

nei 60 giorni precedenti il ricovero con pernottamento e nei 90 giorni successivi il ricovero con pernottamento;

nei 60 giorni precedenti il ricovero e nei 210 giorni dopo il ricovero per le malattie oncologiche;

la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore col massimo di Euro 55,00 per giorno fino ad un massimo di 90 giorni per anno finanziario (tali spese dovranno essere documentate con regolare fattura o ricevuta fiscale).

Massimale

I limiti massimi di rimborso per persona, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 155.000,00. In caso di automatica iscrizione del nucleo familiare, il massimale di Euro 155.000,00 suindicato si intende riferito al dipendente ed all'intero nucleo.

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono conteggiati come un solo giorno, ed inoltre il 1° giorno di degenza determinerà l'anno finanziario d'imputazione.

Indennità sostitutiva

In caso di ricovero ospedaliero con pernottamento senza presentazione di spesa verrà corrisposta una indennità di Euro 80,00 per ogni notte di ricovero con un massimo di 90 giorni per anno finanziario e per persona, e per ogni pernottamento.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse. Non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

b) In regime di assistenza rimborsuale

Per le spese relative a "Grande Intervento Chirurgico" non è prevista franchigia, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

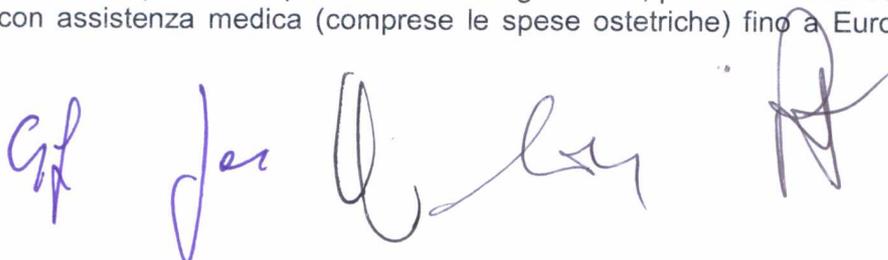
A.3) POLISPECIALISTICA

Vengono rimborsate le spese sostenute presso studi medici o a domicilio per:

onorari di visite specialistiche, effettuate da medici forniti di specializzazione (specializzazioni riconosciute dal Ministero dell'Istruzione), in presenza di una situazione di malattia (che significa ogni e qualsiasi alterazione dello stato di salute) o di infortunio; **per le visite neurologiche, psichiatriche, dietologiche e di chirurgia plastica occorre la diagnosi;**

interventi chirurgici ambulatoriali effettuati da medici forniti di specializzazione, comprese le relative visite specialistiche, intendendosi per tali quelli effettuati senza ricovero, comportanti anche suture, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia, diatermocoagulazione; parto non cesareo effettuato a domicilio purché con assistenza medica (comprese le spese ostetriche) fino a Euro 275,00 per evento;

Amniocentesi;



Tomografia Assiale Computerizzata (T.A.C.) con esclusione delle arcate dentarie;

Risonanza Magnetica Nucleare (R.M.N.);

Elettromiografia;

Ecografia;

Epiluminescenza;

Mineralometria Ossea Computerizzata (M.O.C.);

Mammografia;

Tomoscintigrafia miocardica;

PET (Positron Emission Tomography);

PAP-TEST;

RIM-PROB.

Massimale

I limiti massimi di rimborso per persona, per evento e per anno finanziario non potranno superare la somma di Euro 800,00.

Franchigie e scoperti

a) In regime di assistenza diretta

1. Nel caso di prestazioni eseguite presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse.

E' prevista a carico dell'assistito l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

b) In regime di assistenza rimborsuale

1. Le spese sostenute vengono rimborsate all'assistito con l'applicazione di uno scoperto del 30% con un minimo di Euro 26,00 per ogni prestazione.

2. Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa esclusivamente le eventuali spese per tickets sanitari a carico dell'assistito, con esclusione delle quote dovute a titolo di imposta (quota fissa e quota ricetta), senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

A.4) LENTI A CONTATTO ED OCCHIALI DA VISTA

1. Vengono liquidate le spese sostenute per l'acquisto di un solo paio di occhiali da vista completi o lenti a contatto fino ad un massimo di Euro 50,00 per assistito.

2. Le lenti corneali mono uso, lenti quindicinali, mensili e trimestrali o similari non sono liquidabili.

3. La liquidazione delle spese di cui sopra sarà effettuata una sola volta per anno finanziario.

4. In caso di lenti a contatto è necessario che sia specificato il tipo di lente.

5. La richiesta di liquidazione deve essere accompagnata anche dalla prescrizione rilasciata dall'oculista o dall'ottico, intestata all'assistito, debitamente firmata e timbrata; in alternativa, è sufficiente che il documento di spesa indichi le diottrie riportate nella prescrizione medica.

