

# **Incontro sulla Polizza sanitaria 15 settembre 2005 presso LNF**

Presenti:

G.Deleo, F.Pacciani, R.Pellegrini, G. Simeoni (INFN Amministrazione Centrale)

E.Petrolo, E.Vigazzi (INFN Membri di commissione gara)

Sig.ra Berni e Sig.Borsatti (UNISALUTE)

Delegazioni OO.SS confederali

Responsabili degli uffici del Personale nelle Strutture

Rappresentanti Nazionali del Personale Ricercatore e Tecnologo Tecnico Amministrativo

Premessa del Dr. Roberto Pellegrini: La riunione è con i responsabili di UNISALUTE al fine di chiarire gli aspetti contrattuali della Polizza stipulata e pertanto non è la sede giusta per parlare dei sussidi che verranno discussi coi sindacati a fine mese e sui quali comunque non c'è ancora un orientamento definitivo.  
(linea guida per la modifica del regolamento dei sussidi è che rimarrà in essere per tutte le voci non coperte dalla Polizza sanitaria.)

Premessa del Sig. Borsatti: Sono qui per spiegare i molteplici e complessi aspetti contrattuali. Non ho competenze commerciali per decidere su proroga termini e proposte migliorative della copertura anche se registrerò le obiezioni e le riporterò in UNISALUTE

## **Fernando Pacciani: Profili fiscali della polizza**

**Polizza Sanitaria è un fringe-benefit e come tale soggetto a tassazione come reddito.**

**Pertanto se il costo della polizza è di 375 Euro all'ente costa 490 poiché deve pagare gli oneri sociali.**

**Il dipendente deve pagarsi i contributi previdenziali e irpef per un totale di circa 160 euro per anno (dipende dalla fascia di reddito)**

**Per questo tipo di reddito esiste una Quota NO TAX di €258,23.**

**Fino a questa cifra la polizza non entra a far parte del reddito, ma se si supera si viene tassati su tutto l'importo (e non solo sulla parte eccedente).**

**La polizza è partita dal 1° luglio e poiché la quota NO TAX è riferita all'anno fiscale per il 2005 il suo costo è inferiore a € 258,23 e pertanto il dipendente non deve pagare niente. (Inoltre l'importo pagato dall'Ente per la Polizza non comparirà sul suo cud)**

**Dal 2006 se non cambia niente la polizza sarà un reddito a tutti gli effetti con i suddetti costi**

**Per questo si sta pensando di aderire alla cassa sanitaria di UNISALUTE in luogo della polizza perchè ci sono vantaggi fiscali sia per l'ente, che si sui 375 euro si farà carico solo di un contributo di solidarietà all'INPS del 10% (costo Polizza scende da 490 a 412,5 euro), sia per il dipendente che pagherà solo l'iscrizione annuale alla cassa di €2,50 e potrà dedurre l'eventuale spesa dei familiari.**

**Anche se questi sono a carico per il 50% (infatti deduce il genitore che si accolla la spesa così come il coniuge non a carico potrà dedurre dal suo reddito la sua quota.**

**(Potrebbe risultare conveniente, se ha un reddito maggiore, che deduca anche quella dei figli al posto del dipendente)**

**NB. PER IL PASSAGGIO ALLA CASSA SANITARIA OCCORRE UNA DELIBERA ENTRO FINE ANNO (l'Ente si è espresso favorevolmente sul passaggio)**

**DETRAZIONE spese mediche:**

**Polizza: l'intero importo delle spese mediche sostenute, anche se rimborsate da UNISALUTE, può essere detratto (19% franchigia 129,11 euro).**

**Cassa: può essere detratta solo la quota non rimborsata da UNISALUTE (19% franchigia 129,11 euro)**

**Per il 2005 Il costo della Polizza sostenuto dal dipendente per i familiari non potrà essere detratto (mentre dal 2006 con il**

passaggio alla cassa potrà essere dedotto)

**Il Pagamento della quota per i familiari avverrà attraverso trattenuta sullo stipendio.**

## **RILIEVI EMERSI**

E' emersa una generale insoddisfazione per come è stata gestita la questione della Polizza sanitaria da un punto di vista della tempistica e dell'informazione.

La maggioranza del personale, pur ritenendo che l'acquisizione della polizza sanitaria sia un fatto positivo, si è dichiarata insoddisfatta rispetto al tipo di polizza. Alcuni hanno dichiarato di non voler aderire alla stessa.

I termini dati per l'adesione sono estremamente stretti e sono tali da non consentire un'adeguata comprensione della polizza assicurativa, comprensione essenziale in particolare per quanto riguarda l'adesione dei familiari dei dipendenti e degli associati all'INFN. Si richiede pertanto una proroga dei termini di sottoscrizione della polizza e che questa venga comunicata ufficialmente a tutti gli interessati.

Impossibilità di accedere facilmente al contratto stipulato fra l'INFN e l'UNISALUTE e ai suoi allegati che chiariscono le condizioni generali della copertura e punti fondamentali quali i termini di durata, la possibilità di rescindere etc. Si chiede di poter accedere a tali documenti prima della data di scadenza della presentazione dei moduli di accettazione.

## **INFORMAZIONI GENERALI**

D: Se il dipendente non aderisce alla Polizza la spesa a carico dell'Istituto ritorna nei benefici assistenziali o il costo della Polizza è fisso senza possibilità di un ritorno di fondi?

R: Il costo della polizza è di €675.000 annui presunti per 1800 dipendenti + 200 tra assegnati e borsisti. Nel contratto si accenna a congruagli attivi e passivi ma in linea di massima il costo è determinato in quota fissa (è stata indetta una gara di appalto in cui i partecipanti hanno fatto delle offerte, a differenza della gara a licitazione privata in cui l'Ente si presenta con delle condizioni già definite) e quindi se le non adesioni fossero numerose non ci sarebbero vantaggi per i dipendenti che richiedono il sussidio.

D: Quanto dura la polizza?

R: 5 anni a far data dal 1 luglio 2005 con scadenze annuali per la disdetta dei soggetti aderenti

E' prevista una verifica dopo 2 anni nella quale UNISALUTE può decidere di recedere dal contratto.

D: Da quando decorre la polizza per i familiari?

R: Se aderiscono entro il 30 settembre dal 1 luglio in forma rimborsale e dal 10 ottobre 05 in strutture convenzionate. Questo è uno dei motivi per cui i termini di adesione sono stretti (InfN ha fatto presente che basterebbe slittare il termine del 10 ottobre insieme a quello del 30 settembre)

D: I massimali presenti in polizza sono riferiti all'anno solare o al periodo assicurativo?

R: I massimali sono "per anno assicurativo"

D: Il dipendente a chi consegnerà le fatture per il rimborso.

R: La gestione dei rimborsi avverrà direttamente con UNISALUTE

D: Come è finito il ricorso e la richiesta di sospensiva della Polizza chiesta da Assitalia?

R: I Giudici non hanno concesso la sospensiva e decideranno in merito al ricorso il 3 novembre p.v.

D: Dopo 5 anni, ovvero alla scadenza della Polizza, che tipo di rinegoziazione ci sarà? In quel momento chi non ha aderito o ad un certo punto ha rinunciato alla polizza potrà rientrare?

R: fra 5 anni ci sarà una nuova gara d'appalto e sarà il momento in cui potranno essere ridefinite sia le modalità di accesso dei dipendenti che dei familiari

D: Entro quando Aderire o disdettare la polizza?

R: Sia l'adesione (Allegato 1 circolare del 26/07/05) che la disdetta (Allegato circolare del 29/06/05) dei dipendenti devono pervenire alla Direzione Affari Generali ed Ordinamento entro il 30 settembre 2005. UNISALUTE ha già accettato questa proroga di termini.

(N.B. A differenza dei familiari il contratto non specifica cosa accade al dipendente che non consegna l'adesione entro il 30/09/2005.)

D: Il dipendente che rinuncia alla polizza può riaderire in seguito?

R: NO ! Per i prossimi 5 anni

D: Può il Dipendente disdire la polizza alle scadenze annuali al fine di poter usufruire del sussidio?

R: Si alle scadenze annuali ma non potranno più riaderire (nei prossimi 5 anni).

D: E' prevista un'eventuale sospensione della polizza per i precari che vanno all'estero (e che spesso sono obbligati a stipulare una polizza in loco)?

R: La polizza è valida in tutto il mondo, pertanto i precari che vanno all'estero per qualunque motivo possono decidere di tenerla se lo ritengono opportuno e conveniente. (visto che è pagata essenzialmente dall'ente)

D: Cosa avviene se il dipendente ha già un'altra polizza sanitaria?

R: Lo dichiara in fase di richiesta di risarcimento

---

## ADESIONE FAMILIARI

D: I familiari devono aderire entro il 30 settembre (circolare 26 luglio) o entro 20 settembre (guida al piano sanitario)

R: Entro il 30 settembre.

D: Si possono inserire solo alcuni familiari o bisogna assicurarli tutti?

R: E' ammesso l'inserimento parziale del nucleo familiare

D: Possono aderire in seguito? - Considerato che si va in regime di Cassa sanitaria dal 2006. (Tale facoltà è permessa in caso di successive variazioni dello stato di famiglia, mentre per familiari dei nuovi assunti deve avvenire entro 30 gg. pag. 12 guida al piano sanitario)

R: NO! (si sta lavorando sia ad una proroga dei termini di adesione che a nuove finestre di ingresso).

D: Possono i familiari disdire la Polizza una volta data l'adesione?

R: Si alle scadenze annuali ma non potranno più riaderire (nei prossimi 5 anni). In realtà non si tratta di una disdetta (essendo la polizza collettiva rimane in vigore) ma di una non adesione che decorre sia per il dipendente che per i familiari dalla prima scadenza successiva alla comunicazione di rinuncia.

In caso di rinuncia alla polizza i familiari ed i dipendenti non potranno riaderire

D: Se i familiari del dipendente hanno in corso una polizza sanitaria con un'altra compagnia assicurativa possono essere iscritti nella Polizza UNISALUTE allo scadere della copertura in corso?

R: Ad esplicita domanda l'incaricato UNISALUTE ha affermato possibile l'inserimento posticipato dei familiari con altra polizza sanitaria in corso purché ciò avvenga senza soluzione di continuità ed occorre dichiararlo all'atto dell'adesione.

In ogni caso l'ente si è impegnato a chiedere una proroga ed ulteriori future finestre per le adesioni dei familiari.

D: Due coniugi dipendenti, uno con contratto a tempo indeterminato ed uno a tempo determinato. Alla fine del contratto a tempo determinato il coniuge può rientrare nel piano come familiare? e con che modalità?

R: Intanto il dipendente a cui scade il contratto di lavoro rimarrà coperto fino la scadenza successiva (1luglio) dopo di che potrà aderire come familiare senza soluzione di continuità.

D: Come e quando vengono valutate le malattie pregresse di un familiare e da chi? Viene fatta una visita medica prima

di stipulare la polizza? Vanno presentati documenti? Insomma cosa è escluso dall'assicurazione quando viene deciso?

R: All'atto dell'adesione non ci sarà alcun controllo medico. Se dalla valutazione della documentazione medica consegnata per il rimborso emergesse un sospetto in tal senso è a carico dell'assicurazione l'onere della prova della preesistenza della patologia.

## INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

D: Tempi di rimborso delle spese e modalità?

R: max 30 gg dal completamento della pratica (quando cioè l'assicurazione ha ricevuto tutti i documenti che servono alla definizione del rimborso). Il rimborso avverrà con versamento sul conto corrente o con assegno circolare non trasferibile. Questa situazione si riferisce all'utilizzo di strutture non convenzionate con UNISALUTE.

D: Come sono i tempi di attesa nelle strutture convenzionate? Possono dipendere dal fatto che siamo assicurati con l'UNISALUTE e non siamo utenti "privati"? (esiste qualcosa che ci tutela?)

R: UNISALUTE per le visite specialistiche ha contrattato con le proprie strutture convenzionate tempi massimi di attesa di 1 settimana e di 30 giorni per i ricoveri. Inoltre offre la possibilità, qualora il dipendente si avvalga di queste strutture per voci non coperte dalla polizza, di fargli pagare la cifra agevolata riservata ad UNISALUTE.

D: Molti dipendenti sono dubbiosi per la sottoscrizione a causa delle norme della privacy (diffusione di dati sensibili a scopo "assicurativo" ad un numero molto elevato di soggetti)

R: UNISALUTE dichiara che sono le firme richieste dalla legge e che la mancanza di tale consenso esteso potrebbe rallentare le pratiche con le strutture convenzionate.

D: Per spese mediche/ricoveri all'estero vale sempre la franchigia del 20%? E le strutture sono tutte considerate non convenzionate oppure?

R: Per la franchigia ci sono le stesse regole che in Italia. Le strutture convenzionate sono quelle convenzionate con le assicurazioni locali che hanno stipulato accordi con UNISALUTE

D: Cosa succede se si è in un una struttura ospedaliera convenzionata ma il medico che viene assegnato dalla struttura NON lo è?

R: La prestazione di quel medico (e non tutte le altre eventualmente fornite dalla struttura) sarà rimborsata con le regole valide con strutture non convenzionate

D: Come mai limiti di rimborso così bassi (es: 5000 euro malattie oncologiche, 300 euro trattamenti fisioterapici a seguito infortunio)

R: Radioterapia, chemioterapia sono considerati come prestazione di alta specializzazione, la cui disponibilità per nucleo familiare è illimitata. Anche i ricoveri in ospedali/cliniche non vanno a toccare il massimale di 5000 euro. Che pertanto è da ritenersi un massimale aggiuntivo in caso di nuove cure non previste dalla polizza.

Così anche i 300 euro per fisioterapia sono aggiuntivi al periodo di 150gg dopo il ricovero nei quali la riabilitazione è coperta completamente (si rientra nel massimale da 500K€) sono da intendersi piuttosto come rimborso di cure come radar terapia ed ultrasuoni a seguito di piccoli infortuni che non necessitano di ricovero

D: il rimborso delle spese di soggiorno del familiare all'estero (pag. 25 punto f) paiono ridicole a meno che non siano al giorno.

R: Inizialmente anche questo limite è stato definito aggiuntivo. Ma il punto necessita di ulteriori approfondimenti.

D: I ricoveri di un malato terminale o di uno in coma sono considerati lunga degenza e quindi non rimborsabili?

Per lunga degenza si intende un ricovero senza possibilità di cure e guarigione. Al malato terminale (pur essendo inguaribile) possono essere somministrate cure palliative e a quello in coma vere e proprie cure che sono rimborsate dalla Polizza, la lunga degenza è riferita a malattie come "demenza senile" Alzheimer etc

D: cosa vuol dire il Pto 6 delle esclusioni del piano sanitario? Che non si rimborsa il day hospital a soli fini diagnostici?

R: UNISALUTE paga gli accertamenti ma non la retta del day hospital. IN generale più che i fini diagnostici non vengono rimborsati i fini preventivi (senza sintomi).

**NB attenzione il medico che prescrive l'accertamenti deve essere pertinente all'esame prescritto.**

**E' emerso che non sempre il medico di base è considerato pertinente da UNISALUTE.  
Da approfondire!**

---

**ELEMENTI sui quali l'Ente ha già preso contatti per miglioramenti.  
(Dr. E. Petrolo Presidente della commissione della gara d'appalto)**

**Possibilità di accesso facilitato in caso di urgenza nella struttura convenzionata Hopital de la tour nei pressi del CERN di Meyrin**

**UNISALUTE sta studiando la cosa e comunicherà in tempi brevi una procedura facilitata**

**La necessità di una Copertura per gli eventi derivanti da radiazioni ionizzanti era già stata sollevata in fase di gara ed UNISALUTE si era manifestata disponibile. L'ente aveva fornito anche la statistica degli incidenti negli ultimi 30 anni.**

**Sig. Borsatti di UNISALUTE comunica che si tratta di un'esclusione standard di tutti i contratti assicurativi ma si informerà sulle possibilità di estensione.**

## **ELEMENTI CHE NECESSITANO UNA RINEGOZIAZIONE**

Premessa: C'è da sottolineare che i dipendenti INFN sono una categoria a basso rischio dal momento che sono sottoposti a regolari controlli medici.

**INFN e UNISALUTE: Dichiarano che con i dati alla mano tutto sarà migliorabile in futuro.**

Molti hanno lamentato come dalla nostra polizza siano escluse le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, come anche le lenti correttive.

Si richiede di avere più strutture convenzionate.

La quota richiesta per l'adesione dei familiari è particolarmente elevata (in confronto ai 297 euro per l'intero nucleo familiare della Polizza sanitaria stipulata dall'ENEA). Questo punto è particolarmente importante per nuclei numerosi (> 3)

Il massimale per ogni prestazione riguarda il nucleo familiare in toto e non per ogni singolo componente per il quale è stata pagata la polizza.

Lo scoperto in strutture non convenzionate e il minimo non indennizzabile sono elevati, ciò vale sia per i ricoveri, che per le visite specialistiche, che per gli esami diagnostici.

L'inclusione esplicita di un pacchetto di esami e di accertamenti diagnostici di prevenzione.

Includere la sostituzione delle protesi (per esempio cambio batterie pace-maker,) e l'errore nell'intervento di inserimento di una prima protesi

Inclusione delle malattie psichiatriche?

---

**L'incontro si conclude con l'impegno dell'Ente a richiedere un'ulteriore proroga per le adesioni dei familiari ed ulteriori future finestre per il loro ingresso in Polizza.**