

Pensionati del Fondo Assistenza: che cosa mi conviene fare?

Il 2022 si è aperto per i pensionati iscritti al Fondo Assistenza UBI con una spiacevole novità: a seguito dell'accordo sindacale sull'assistenza integrativa nel gruppo Intesa Sanpaolo, l'unico soggetto di riferimento del gruppo è il Fondo Sanitario Integrativo Intesa (FSI) e tutti i dipendenti Intesa dal 2022 passano a questo fondo. Questa scelta lascia senza contributi aziendali il Fondo Assistenza UBI e quindi ne rende impossibile l'operatività, che di conseguenza è stata sospesa.

L'accordo prevede anche la possibilità per tutti i pensionati ex Fondo Assistenza di aderire al FSI, garantendo la **continuità delle prestazioni dall'1.1.2022** secondo il Regolamento del fondo¹, **purché l'adesione avvenga entro il 30.4.2022.**

FSI è un fondo grande e solido, con circa 240.000 assistiti, 20 volte il Fondo Assistenza.

Per i pensionati è però più costoso e prevede commissioni di ingresso.

Allo scopo di **evitare i costi di ingresso e di ridurre inoltre per i pensionati i costi di contribuzione** per almeno un biennio è stato quindi effettuato **un referendum, approvato a larga maggioranza**, che prevede di suddividere il patrimonio e trasferire le quote relative ai dipendenti Intesa e ai pensionati al FSI.

Quindi ora i pensionati ex UBI si trovano a dover decidere se aderire o meno al FSI, avendo ben presente che il Fondo Assistenza UBI non può proseguire come prima, perché ha perso il sostegno economico e logistico della banca. UBI non esiste più, bisogna prenderne atto, e un piccolo fondo di soli pensionati, gestito da pensionati, senza nuovi ingressi e senza aiuto aziendale, non potrebbe fornire prestazioni adeguate e non avrebbe alcuna sostenibilità nel tempo.

Il problema dell'adesione a FSI di Intesa, per i pensionati ex UBI, è costituito dai maggiori costi di questo fondo, che ha una "gestione quiescenti" separata e, pur avendo il sostegno organizzativo aziendale, ha un contributo di solidarietà dalla "gestione attivi" meno significativo rispetto al mondo UBI.

I costi del FSI per i pensionati aumentano in misura più significativa per coloro che hanno redditi più elevati, mentre restano relativamente bassi o in qualche caso diminuiscono per i redditi inferiori ai 40.000 euro, in particolare coloro che hanno familiari a carico e/o avevano sottoscritto la polizza ricoveri. Quindi non per tutti c'è un aumento rilevante; l'aumento è maggiore per i redditi più alti, che però hanno anche un maggior vantaggio fiscale (il contributo è deducibile dal reddito).

Di quanto aumenta il costo? Per l'iscritto, il FSI prevede un contributo pari al 3% della pensione lorda annua, **ma per il primo biennio il conferimento del patrimonio previsto con il referendum consentirà di ridurre questa contribuzione al 2%**. Rispetto al Fondo Assistenza è un raddoppio, ma bisogna tener conto che è **sempre prevista la copertura ricoveri** (che era gestita con una polizza che valeva circa 330 euro) e che i familiari a carico pagano solo lo 0,25% ciascuno, molto meno del Fondo UBI.

La polizza LTC, attualmente in fase di predisposizione, potrà comportare ulteriori costi, fissi (una cifra annuale) e relativamente bassi. Sull'argomento non ci sono al momento informazioni sufficienti.

A causa del costo relativamente elevato alcuni associati possono ritenere di non aderire. È opportuno fare bene i conti e valutare le alternative. La gestione quiescenti del FSI ha oltre 23.000 titolari (e 19.000 familiari) che pagano questa contribuzione. Probabilmente non è così sconveniente. Va tenuto presente che è una protezione per sé e per i familiari e che le assicurazioni, quando ci sono, hanno costi superiori e limiti di età.

Le prestazioni del FSI sono articolate diversamente rispetto a quelle del Fondo UBI: se purtroppo c'è una copertura minore per le spese dentistiche, c'è una maggiore protezione per le condizioni di malattia (ricoveri, alta diagnostica, prestazioni specialistiche) con massimali raddoppiati nei casi gravi. In più c'è la possibilità di prenotare visite in strutture convenzionate (per esempio a Brescia fra l'altro Poliambulanza,

¹ Si trova sul sito del fondo sanitario FSI nell'archivio Documenti, sezione "Assistenza Sanitaria"

Città di Brescia, S. Anna) pagando cifre ridotte. Significa effettuare visite private pagando meno di un ticket, senza dover attendere il rimborso della fattura, con un esborso immediato minimo per prestazioni che in caso di necessità possono incidere molto sul bilancio familiare.

Va inoltre considerato che i massimali sono per nucleo familiare (ma per le prestazioni ospedaliere sono per evento). Questo rende più probabile che un determinato massimale venga utilizzato ma ovviamente abbassa la copertura media pro capite.

La domanda che viene posta di frequente è: cosa mi conviene fare?

Ciascuno ha situazioni personali differenti, quindi ciascuno dovrà fare valutazioni sulla protezione e prevenzione e ovviamente anche economiche. Quelli che seguono sono consigli che devono essere adattati alle situazioni personali e familiari.

- Il consiglio migliore rimane quello di iscriversi, approfittando del costo per il primo biennio al 2% (gli altri pagano il 3%, se non il 3,50%).
- C'è la possibilità di scegliere fra l'adesione alla "gestione quiescenti", ovvero al vero e proprio fondo, o a una polizza assicurativa denominata "Gestione mista", che copre sostanzialmente solo i grandi rischi. Il consiglio è di aderire alla "gestione quiescenti", assai più tutelante, salvo ci siano altre motivazioni, anche economiche.
- Il coniuge a carico costa solo lo 0,25%, quindi è consigliabile iscriverlo senz'altro. Se il coniuge non è a carico il costo sale all'1,5%, ma è comunque consigliabile iscriverlo, perché manterrebbe così il diritto di restare associato come superstite.
- Gli altri familiari a carico, per altro poco frequenti fra i pensionati, costano ciascuno lo 0,25% fino a un massimo di 0,75% complessivo, quindi in genere è consigliabile iscriverli.
- Non è sempre così nel caso dei familiari non a carico, che poiché costano l'1,5% possono rivelarsi molto onerosi per i redditi più elevati. Inoltre, ricadono sul medesimo nucleo familiare e quindi sugli stessi massimali. Ciascuno deve in questo caso verificare la propria situazione familiare e fare delle valutazioni. In qualche caso, potrebbe rivelarsi opportuno cercare altre soluzioni, soprattutto se il familiare è relativamente giovane e potrebbe essere coperto a costi minori tramite una assicurazione, cosa che è spesso impossibile invece per chi è più su di età.

Perché è consigliabile iscriversi a un Fondo come il FSI anche se ha costi superiori rispetto al Fondo Assistenza? La risposta è semplice: l'assistenza integrativa è una protezione importante, il Fondo Assistenza non può mantenere le prestazioni, e **non ci sono alternative migliori**. Chiunque abbia provato a rivolgersi alle assicurazioni ha scoperto che per gli anziani le coperture non ci sono o sono molto costose. Inoltre, dal punto di vista fiscale **la deducibilità della contribuzione al Fondo significa un recupero superiore rispetto ai premi assicurativi** (per esempio per i redditi annui oltre i 28000 euro è circa il 37%).

Una considerazione molto importante è che **il Fondo offre una copertura "a vita"** sia al titolare sia al coniuge, mentre tutte le assicurazioni arrivano fino a una certa età e possono essere disdette quando il rischio diventa alto, cioè quando servono di più.

Per quanto riguarda le prestazioni, nell'ambito dei ricoveri, delle cure, delle visite specialistiche il FSI offre ottimi strumenti e coperture. Offre inoltre molte convenzioni a prezzi favorevoli, prenotabili online o telefonicamente: Per le persone di età avanzata si tratta di protezioni importanti, alle quali non è il caso di rinunciare. In appendice viene riportata una sintesi delle prestazioni, ma è comunque necessario andare sul sito del FSI e leggere il regolamento (www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it).

Il consiglio, in sintesi, è questo: iscriversi e valutare eventualmente il livello di soddisfazione al termine del primo biennio.

PRESTAZIONI FONDO SANITARIO INTESA PER QUIESCENTI: QUADRO SINTETICO

Si raccomanda la lettura del Regolamento reperibile sul sito del Fondo Sanitario Integrativo.

Alcune regole generali:

- rimborso diretto o indiretto
- malattia e infortunio
- **massimali sempre annuali**
- **ticket sempre al 100% senza massimale**
- massimali elevati e franchigie ridotte per “grandi eventi patologici” (oltre 100 tipi di intervento chirurgico e una lista di malattie gravi, vedi in coda al documento)
- eccetto le prestazioni ospedaliere, i massimali sono per nucleo familiare
- **alcune prestazioni devono essere richieste da un medico (accertamenti diagnostici) mentre per le visite specialistiche non è necessario (purché la fattura indichi il medico, la specializzazione e il tipo di prestazione effettuata)**
- le prestazioni sono identiche anche per i familiari (a carico e non a carico)
- non è possibile selezionare i familiari non a carico (vanno assicurati tutti o nessuno, con l’eccezione del coniuge, sempre assicurabile, e di coloro che hanno già altre coperture analoghe, che possono essere esclusi).

Le prestazioni del Fondo Intesa possono essere richieste/prenotate in convenzione attraverso un servizio attivo 7x24, che fornisce anche consulenza medica. In questo caso si paga solo la franchigia (per le visite specialistiche il 10% con un minimo di 15 euro).

Ticket

Il "Fondo Sanitario" rimborsa integralmente gli oneri sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), e gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici.

Prestazioni ospedaliere

Tipo prestazione	Massimali e importi	Franchigie/limiti	Grandi eventi
Intervento: Onorari, rette degenza, cure, trattamenti, accertamenti	200.000 o 90€ max 90 gg (*)	Rette degenza max 300/giorno Franchigia 25% max 2.000€	Massimale 400.000, giorni 180, degenza max 350€ Franchigia 15% max 2.000€
Intervento ambulatoriale	(*)	25% max 2000	
Intervento per mezzi ausiliari e correttivi (vedi gruppo): rette degenza, diritti sala operatoria	(*)		
Ricovero senza intervento: Onorari e rette degenza	(*)	Durata < 5 gg: franchigia min 500€	Riconosciute anche le altre spese
Parto	7800 (cesareo) o 500 (min) – 3500 (max)		
Accompagnatore	(*)		Fino a 100€ al giorno max 30 giorni
Trasporto	1500		
Assistenza infermieristica	(*)	90 giorni prima, 120 giorni dopo, max 90gg, 60€/giorno	Giorni raddoppiati
Farmaci non rimborsati da ssn (neoplasie maligne, epatite C, HIV, SLA, sclerosi multipla, fibrosi cistica)	(*)		

(*) Il massimale riportato nel primo riquadro è complessivo per tutte le prestazioni del gruppo Prestazioni ospedaliere, per evento

Prestazioni specialistiche – alta diagnostica

Tipo prestazione	Massimali e importi	Franchigie/limiti	Convenzione	Grandi eventi
- ESAMI ANGIOGRAFICI VENOSI ED ARTERIOGRAFICI; - DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA; - RMN, TAC, PET; - RICERCHE GENETICHE PER MALFORMAZIONI FETALI - ESAMI DI ONCOLOGIA MOLECOLARE; - CHEMIOTERAPIA, IMMUNOTERAPIA, RADIOTERAPIA ANTINEOPLASTICA; - DIALISI - TERAPIA INTERFERONICA; - INDAGINI DI GENETICA MOLECOLARE per DIAGNOSI MALATTIE NEOPLASTICHE	15.000€	40%	Spesa sostenuta direttamente dal fondo; franchigia 10% min 15€	Massimale 30.000, no franchigia

Prestazioni specialistiche

Tipo prestazione	Massimali e importi	Franchigie/limiti	Convenzione	Grandi eventi
Visite e prestazioni specialistiche	3.000€ (*)	40%	Spese sostenute dal fondo; franchigia 10% min 15€	Raddoppio massimale 6.000 , no franchigie
Accertamenti diagnostici, cure dentarie da infortunio		40%	Spese sostenute dal fondo	Idem
Fisioterapia	800 (nell'ambito del massimale complessivo)	40%	Idem	

(*) Il massimale è complessivo per tutte le prestazioni del gruppo "prestazioni specialistiche", per nucleo familiare

Mezzi ausiliari, correttivi e cure dentarie

Tipo prestazione	Massimali e importi	Franchigie/limiti	Altre note
Protesi auditive	2.000		
Occhiali (anche montatura)	250	30%	350 euro per famiglie > 4
Interventi difetti visivi	1800	25%	
Cure dentarie	700	30% fuori convenzione, 25% in convenzione	900 per famiglie > 4 In caso di spesa > 3000 euro per un singolo iscritto, è possibile utilizzare il plafond dei 2 anni seguenti (3 anni e 2100 euro)
Protesi e apparecchi ausiliari per perdite anatomiche invalidanti	3.000		
Protesi altre, latte in polvere	600		

Altre prestazioni

Tipo prestazione	Massimali e importi	Franchigie/limiti	Altre note
Intossicazioni da abuso (alcool, sostanze, medicinali)	1.500	40%	Anche in caso di ricovero
Psicoterapia	1500	40% min 25€, 30% convenzione	Anche in caso di ricovero

Grandi eventi patologici

I grandi eventi patologici comprendono

- grandi interventi chirurgici (elenco di oltre 200 tipi di intervento)
- Malattie gravi

Si considerano “Malattie Gravi” le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio*;
- ictus cerebrale*;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- para e tetraplegia, compresa quella da infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione*;
- sclerosi multipla;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson;
- morbo di Alzheimer;
- SLA (sclerosi laterale amiotrofica);
- psicosi;
- fibrosi cistica

* al termine della fase acuta la patologia è da ritenersi compresa nel presente elenco se ha prodotto esiti invalidanti superiori al 70% certificati dalla competente commissione ASL.