

Fondo Integrativo Assistenza Malattia



Sede legale a Bergamo
Via San Francesco d'Assisi, 6
C. F. 95015690167



RELAZIONE DI MISSIONE

Esercizio 2018

identità

Il 2018 ha visto i 30 anni dell'accordo siglato il 17 marzo 1988 tra le Rappresentanze sindacali dell'allora Banca Credito Bergamasco e la stessa Banca per l'avvio delle attività di integrazione della spesa sanitaria a favore dei propri Iscritti e dei loro famigliari.

La costituzione del Fondo avvenne il 24 dicembre 1987, optando per la forma di Associazione senza scopo di lucro.



L'attuale sede legale ed operativa è a Bergamo, via San Francesco d'Assisi, 6.

I documenti ufficiali relativi alla gestione del Fondo sono consultabili sui seguenti siti:
www.welfare.bancopopolare.it e www.fiamonline.com

La vita del Fondo viene regolata da uno Statuto e da un Regolamento: documenti che nel tempo sono stati modificati per essere il linea con i bisogni dei propri Iscritti e per allinearsi alle aggregazioni bancarie avvenute in questi anni, nonché i cambiamenti avvenuti nella Sanità in Italia.

Presidenti del Fondo

Paganoni Lorenzo	eletto il 28 aprile 1988
Peruta Roberto	eletto l'11 aprile 1994
Marcolin Riccardo	eletto il 22 aprile 1997
Daldossi Gianluigi	eletto il 12 gennaio 2000

struttura

La gestione ordinaria del fondo fa capo ad un Consiglio di Amministrazione eletto dagli Iscritti con mandato triennale. È composto da sette membri di cui tre eletti dagli Iscritti in servizio e dagli esodati, uno eletto dai pensionati e tre nominati dalle Rappresentanze Sindacali Aziendali. Nell'ambito del Consiglio vengono eletti il Presidente ed il Vice Presidente.

Lo Statuto prevede la nomina, da parte di tutti gli Iscritti, di tre Revisori dei conti, di cui almeno uno iscritto all'Albo dei Revisori.

I servizi erogati dal Fondo, a favore degli Iscritti e loro familiari, vengono gestiti da 3 dipendenti (1 *full time* e 2 *part time*). Viene loro applicato il Contratto di lavoro del settore Credito.

L'attività della struttura è scandita dalle riunioni del Consiglio di Amministrazione, con cadenza media bimestrale.

Il Collegio dei Revisori effettua controlli periodici e costanti sulla gestione del Fondo.

Al Presidente è demandata tutta la Gestione ordinaria del Fondo (gestione del personale, convenzioni, rapporto con i fornitori di servizi, adempimenti burocratici, ecc.).

L'anno 2018 ha visto l'insediamento del nuovo Consiglio di Amministrazione, che resterà in carica per un triennio, come previsto dalla Statuto.

Componenti il Consiglio di Amministrazione

Daldossi Gianluigi	Presidente
Previtali Massimo	Vice presidente
Borchini Mariacristina	Consigliere
Degli Innocenti Roberta	Consigliere
Di Giusto Germano	Consigliere (eletto da RSA)
Trezza Gianni	Consigliere (eletto da RSA)
Visani Lucio	Consigliere (eletto da RSA)



Componenti i Revisori dei conti

Bellini Paolo	Revisore iscritto all'albo
Beni Guido	Revisore
Rovaris Stefano	Revisore

Composizione degli Iscritti al Fondo

	31.12.2018	31.12.2017
Iscritti in servizio	1834	1867
Iscritti in "esodo"	120	127
Iscritti in pensione/superstiti	555	530
Famigliari	3606	3574
	6115	6098

Iscritti per società

	31.12.2018	31.12.2017
Iscritti Banco BPM	1806	1844
Iscritti SGS	7	8
Iscritti Banca Aletti	17	12
Iscritti Banca Akos	1	-
Iscritti Dipendenti del Fondo	3	3
	1834	1867

Composizione famigliari

	31.12.2018	31.12.2017
Coniugi/Conviventi (senza add.contrib.)	353	341
Coniugi/Conviventi (con add.contrib.)	1082	1081
Figli (senza add.contrib.)	1886	1876
Figli (con add.contrib.)	280	271
Altri familiari a carico	5	5
	3606	3574

servizio erogato

L'attività principale del Fondo è legata all'integrazione della spesa sanitaria sostenuta dai propri Iscritti e loro familiari.

Il servizio di "rimborso", a fronte delle prestazioni sanitarie utilizzate, viene gestito direttamente dal personale del Fondo.

I "rimborsi straordinari" richiesti dagli Iscritti, vengono esaminati dal Consiglio di Amministrazione che, dopo un'attenta valutazione, delibera un eventuale rimborso.

Dall'inizio del 2018 è stata attivata la procedura via web per la richiesta di "rimborso" per spesa sanitaria senza la presentazione cartacea del documento. Dopo un avvio incerto, possiamo affermare che circa il 60% delle richieste viene, ad oggi, inoltrata con la suddetta modalità.

I tempi di erogazione dei rimborsi, attualmente, avvengono mediamente entro una settimana dalla loro presentazione.

Anche le attività di gestione del check-up vengono svolte dal personale del Fondo, così come gli adempimenti amministrativi e contabili.



vision

Uno sguardo al futuro è l'impegno che il Consiglio di Amministrazione porta avanti attraverso una gestione attenta che risponda ai bisogni dei propri Iscritti, restando ancorato ai valori mutualistici e solidali che da sempre contraddistinguono il Fondo Malattia.

Uno "sguardo" che però non dimentica la sostenibilità economica, con proposte di modifica dei rimborsi e delle percenuali di contribuzioni da parte degli Iscritti.

La Sanità pubblica italiana si sta sempre di più spostando sul "privato" e questo, principalmente, a causa della mancanza di risorse economiche.

In occasione del Welfare Day, tenutosi l'8 giugno 2018 a Roma, RBM-CENSIS hanno pubblicato un Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Riportiamo un "piccolo" estratto per una attenta lettura ed una riflessione.

L'intero documento è consultabile sul sito internet nel nostro Fondo.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

(Art. 32 della Costituzione Italiana)

*L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del Mondo, si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (**80,3 anni**) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (**84,9 anni**) (media UE rispettivamente di **77,9 anni** e di **83,3 anni**).*

*Tuttavia vivere a lungo non vuol dire necessariamente vivere bene: esaminando infatti la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, l'Italia si colloca in **15a** posizione, al di sotto della media dell'UE. In particolare aumentano gli italiani con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (**+4,6%** tra 2015 e 2016).*

*Il fenomeno della cronicità è in costante e progressiva crescita; secondo i dati Istat nel 2013 circa il **38%** dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, nel 2016 tale quota sale al **39,1%**, con conseguente necessità di ulteriori risorse sanitarie, economiche e sociali.*

Le Spesa Sanitaria di tasca propria dei cittadini italiani risponde in grandissima parte a questo «universo in espansione» che caratterizza in generale le società occidentali ed, in

particolare, i Paesi più longevi del continente europeo.

Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di erogazione delle prestazioni

Il dato più interessante in termini di ibridazione pubblico-privato del nostro Sistema Sanitario riguarda le modalità di erogazione delle cure nei confronti dei cittadini. In altri termini già oggi, ed il fenomeno ha una natura assolutamente strutturale, i cittadini italiani affiancano nell'ambito del proprio percorso di cura prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e prestazioni sanitarie pagate di tasca propria.

*Sono finanziate di tasca propria da ciascun paziente, infatti, la quasi totalità (**89%**) delle **cure odontoiatriche**, in oltre **2/3** dei casi **l'acquisto di lenti, occhiali e protesi e la maggior parte delle visite specialistiche (55%)**, che hanno peraltro un ruolo determinante nella scelta delle modalità di cura che saranno poi scelte dal paziente.*

*Più alto il presidio pubblico sugli esami diagnostici, che comunque vengono pagati privatamente nel **23%** dei casi, e dei farmaci dove comunque i cittadini sostengono direttamente i costi dell'acquisto dei farmaci in più di **1/3** dei casi.*

*Nel 2018 gli italiani pagheranno di tasca propria quasi **150 milioni** di prestazioni sanitarie (ovvero erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale), con un incremento di quasi **54 milioni** di prestazioni sanitarie aggiuntive (**+57%**) rispetto al 2017. In termini di spesa il costo medio pro capite è passato da **616 €** per cittadino nel 2017 agli attuali **655 €**. Si tratta di un incremento assolutamente significativo che si inserisce, peraltro, in un trend di crescita assolutamente consolidato (**+9,6%** tra 2013 e 2017), che conferma la natura assolutamente strutturale del fenomeno.*

*Nel 2017 oltre **11 milioni** di italiani hanno dovuto indebitarsi per finanziare le proprie cure, **7,8 milioni** hanno dovuto intaccare i propri risparmi e poco meno di **3 milioni** sono arrivati a vendere i propri immobili o a liquidare i propri investimenti mobiliari (prevalentemente titoli di stato).*

...dalle conclusioni

*Per l'effettiva tutela della salute, che da sempre è uno dei beni di maggior importanza per tutti i cittadini, è ormai indifferibile l'avvio anche in Sanità di un **"Secondo Pilastro"**, su base istituzionale (ovvero per tutti i cittadini) o almeno su base occupazionale (per tutti coloro che percepiscono un reddito imponibile), come già avvenuto in campo pensionistico. Attraverso la disponibilità per tutti i cittadini di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Sanitario Integrativo, infatti, si potrebbe così realizzare un effettivo affidamento in gestione della Spesa Sanitaria Privata di tutti i cittadini ad un sistema "collettivo" a governance pubblica e gestione privata in grado di assicurare una "coniunzione" tra le strutture sanitarie private (erogatori) e dei cosiddetti "terzi paganti professionali" (le Forme Sanitarie Integrative, appunto) con una funzionalizzazione della Spesa Sanitaria Privata alla tutela complessiva della salute dei cittadini.*

Una Spesa Sanitaria Privata "intermediata" attraverso un Secondo Pilastro Sanitario non solo più equa rispetto ad una Spesa Sanitaria Privata "individuale", ma anche più sostenibile ed efficiente.

I Governi che si sono avvicendati negli ultimi anni hanno beneficiato di condizioni politiche



ed economiche idonee ad affrontare strutturalmente il nodo della sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese.

Tuttavia l'evoluzione verso un modello multi-pilastro anche in sanità appare sempre più ineludibile anche nel nostro Paese per preservare per noi e per le future generazioni quelle caratteristiche di universalismo, uguaglianza e solidarietà che rappresentano da sempre i punti qualificanti del Sistema Sanitario italiano.

Un adeguato impiego della Sanità Integrativa può aprire importanti prospettive per il mantenimento della sostenibilità e della qualità delle cure per i cittadini italiani. È fondamentale però che questo percorso sia promosso a partire dagli effettivi bisogni delle persone senza condizionamenti ideologici e abbandonando posizioni anacronistiche che per anni non hanno consentito al nostro Paese di fornire risposte adeguate ai bisogni assistenziali emergenti delle fasce più fragili della popolazione (cittadini meno abbienti, malati cronici, famiglie monoreddito, etc.).

In questa prospettiva l'auspicio è che il "nuovo" Governo sappia cogliere l'importanza di questa sfida chiamando a cooperare le migliori forze del Paese e valorizzando a beneficio di tutti i cittadini le importanti esperienze maturate in questo settore negli ultimi anni per un progetto di riforma del nostro Sistema Sanitario che metta sempre al centro la persona.



nota al bilancio 2018

STATO PATRIMONIALE

ATTIVITÀ

Le disponibilità del Fondo sono depositate sul conto corrente aperto presso la Sede di Bergamo del Banco BPM.

La cassa, che ammonta a € 1.452, viene utilizzata per piccoli acquisti o pagamenti; la carta pre-pagata, che al 31 dicembre 2018 registra un saldo di € 2.200, viene utilizzata per pagamenti via internet dei servizi di Aruba.

I Crediti verso Iscritti per check-up, come pure verso l'Azienda per contributi da ricevere, sono stati regolarmente incassati nelle prime settimane dell'anno 2019.

Vi è presente un credito verso Iscritti di € 2.240 per uno storno erogazione, restituito nel 2019.

I Risconti attivi sono relativi a fatture di consulenza pagate nel corso del 2018, in parte di competenza del 2019.

La voce Immobilizzazioni contiene il costo del software di gestione del Fondo Malattia. Il costo è ripartito mediante piano di ammortamento di cinque anni.

PASSIVITA' E PATRIMONIO

Il Fondo TFR comprende gli accantonamenti previsti per legge per le dipendenti, maturato al 31 dicembre 2018.

I debiti alla chiusura dell'esercizio sono stati regolarmente pagati nelle prime settimane del 2019, fatta eccezione per gli oneri differiti maturati dai dipendenti che ne beneficeranno in corso d'anno.



Il Patrimonio comprende le riserve accantonate con i risultati di gestione degli anni precedenti e di quello in chiusura. Il risultato di esercizio presenta un disavanzo di Euro 346.176.

Il Consiglio di Amministrazione a seguito del disavanzo di gestione ha provveduto alla modifica del Regolamento, sia in riferimento al rimborso di alcune voci di spese, sia all'aumento della contribuzione da parte degli Iscritti (*vedi documenti a pag. 16 e 17*).

Il Patrimonio netto del Fondo al 31 dicembre 2018 ammonta a Euro 549.651.

CONTO ECONOMICO

RICAVI

CONTRIBUZIONI

Il Fondo riceve le proprie disponibilità attraverso i Contributi che vengono versati dagli Iscritti in base al Regolamento in vigore e dei contributi che le Società del Gruppo bancario versano a seguito di accordi sindacali, sia per gli Iscritti in servizio che per gli Esodati.

I fondi raccolti vengono poi ridistribuiti ai richiedenti le prestazioni ed utilizzati per coprire i costi di gestione ordinaria del Fondo.

Contributi Aziendali	2018	2017	Variaz.	%
Banco BPM	1.711.515	1.719.657	- 8.142	- 0,47%
SCS	8.796	8.635	+ 161	+ 1,87%
Banca Aletti	18.768	14.861	+ 3.907	+ 26,29%
Banca Akros	305		+ 305	
	1.739.384	1.743.153	- 3.769	- 0,22 %

Contributi Iscritti	2018	2017	Variaz.	%
Iscritti in servizio				
Banco BPM	1.219.749	1.247.516	- 27.767	- 2,23%
SCS	5.198	5.218	- 20	- 0,39%
Banca Aletti	15.085	10.722	+ 4.363	+ 40,70%
Banca Akros	153	0	+ 153	
Fondo Malattia	2.342	2.311	+ 31	+ 1,35%
Iscritti in esodo	81.911	41.606	+40.305	+ 96,88%
Pensione/superstiti	547.870	511.608	+ 36.262	+ 7,09%
Recupero aspettative	114	1.376	- 1.262	- 91,72%
	1.872.422	1.820.357	+ 52.065	+ 2,86%



CONTRIBUZIONE PER CHECK-UP

Il saldo è composto da:

€ 50.000 versati dal Banco BPM

€ 126.658 versati dagli Iscritti e familiari.

Nell'anno 2018 sono stati effettuati n. 942 check-up (n. 904 nel 2017).

SOPRAVVENIENZE ATTIVE

È stata rilevata una sopravvenienza di € 34.

ALTRI RICAVI

Sono registrati i versamenti delle penali versate da Iscritti e/o familiari che hanno aderito tardivamente al Fondo (art. 2 dello Statuto) per € 3.000.

COSTI

RIMBORSI TOTALI EROGATI

Riportiamo di seguito il dettaglio dei rimborsi erogati nel corso del 2018, distinti per capitolo di spesa:

Tipologia	2018	2017	Variaz.	%
Cure dentarie	1.272.474	1.250.259	+ 22.215	+ 1,78%
Lenti ed occhiali	314.974	281.970	+ 33.004	+ 11,71%
Visite e diagnostica privata	707.742	648.197	+ 59.545	+ 9,19%
Cure specialistiche	278.514	279.320	- 806	- 0,29%
Trattamenti igiene mentale	228.616	193.985	+ 34.631	+ 17,86%
Ticket	234.127	233.646	+ 481	+ 0,21%
Medicinali	43.286	45.051	- 1.765	- 3,92%
Protesi/App. acustici/Carroz- zine	51.383	85.544	- 34.161	- 39,94%
Ricoveri ed interventi ospede- ralieri	315.758	310.103	+ 5.655	+ 1,83%
Trasporto in ambulanza	976	2.319	- 1.343	- 57,92%
Assistenza domiciliare	291	5.000	- 4.709	- 94,18%
Rimborsi per disabilità gravi	28.244	22.744	+ 5.500	+ 24,19%
Rimborsi straordinari	4.172	5.725	- 1.553	- 27,13%
Altri	96	39	+ 57	+ 146,16%
	3.480.653	3.363.902	+ 116.751	+ 3,47%



DETTAGLIO FATTURE PRESENTATE PER IL RIMBORSO

Capitolo spesa	numero richieste	importo lordo	importo rimborsato	media del rimborso
Cure dentarie	8279	2.087.051	1.272.474	60,97%
Lenti ed occhiali	2816	563.020	314.974	55,95%
Visite e diagnostica privata	10.702	1.109.666	707.742	63,78%
Cure specialistiche	2936	443.554	278.514	62,80%
Trattamenti igiene mentale	2119	385.003	228.616	59,38%
Ticket	7402	295.952	234.127	79,11%
Medicinali (n. richieste)	935	116.840	43.286	37,05%
Protesi/Apparecchi acustici/Carrozzone	374	74.374	51.383	69,09%
Ricoveri ed interventi ospedalieri	417	493.325	315.758	64,01%
Trasporto in ambulanza	12	1.780	976	54,84%
Assistenza domiciliare	1	415	291	70,00%
Rimborsi per disabilità gravi	134	59.678	28.244	47,33%
Rimborsi straordinari	15	7.797	4.172	53,51%
Altri	5	107	96	89,72%
	36.147	5.638.562	3.480.653	61,73%

COSTO TOTALE CHECK-UP

Si tratta del totale delle fatture pagate dal Fondo per complessivi € 387.094 per esami effettuati nel corso del 2018 presso le strutture di Bergamo (Clinica Castelli e Clinica Humanitas Gavazzeni), Monza (Synlab-ex CAM), Padova (Euganea Medica), Rozzano (Humanitas Istituto Clinico), Castellanza (Humanitas Mater Domini) e Roma (Bios).

Ripartizione costi check-up	2018	2017	2016	2015
Costo totale del check-up	387.094	380.900	368.001	329.645
Quota Banca + Iscritti	176.658	179.080	204.297	192.926
Quota a carico Fondo	210.436	201.820	163.704	136.719
Percentuale a carico del Fondo	54,37%	52,98%	44,49%	41,47%



POLIZZA GRANDI INTERVENTI

La polizza è stata stipulata con Assicurazioni Generali a copertura di Grandi Interventi a favore di tutti gli Iscritti e i loro familiari beneficiari del Fondo.

COSTI DEL PERSONALE

La voce in bilancio corrisponde al totale dei costi sostenuti per le n. 3 dipendenti del Fondo, compreso l'accantonamento TFR e gli oneri differiti maturati al 31/12/2018.

QUOTA AMMORTAMENTO SOFTWARE

La voce comprende € 17.500 quale quota ammortamento rifacimento software, € 2.025 quale quota di ammortamento implementazione Dashboard del 2016 e € 4.636 quale quota di ammortamento implementazione per inserimento online richieste di rimborso da parte degli utenti.

CONSULENZE

Nella voce di € 19.227 sono comprese le consulenze paghe e diverse, sicurezza sul lavoro Dlgs.81/08, sicurezza informatica, Privacy GDPR.

ACQUISTI E COSTI DIVERSI

Nella voce sono comprese i servizi ARUBA, bollette, bolli, commissioni, spese di cancelleria, rimborsi spese, cassetta di sicurezza e altre uscite.



GESTIONE SEPARATA ASSISTENZA SANITARIA AGGIUNTIVA (ASA)

A norma dell'art. 16 dello Statuto e dello specifico regolamento allo stesso allegato, l'Assistenza Sanitaria Aggiuntiva - ASA viene gestita con una sezione separata del bilancio e distinta ad ogni effetto dalla gestione ordinaria.

L'apposita sezione riporta i seguenti dati:

- saldo iniziale: rappresenta il saldo alla fine dell'esercizio 2017, dopo la liquidazione di tutti i rimborsi di competenza;
- rimborsi: costituiscono i rimborsi richiesti dagli iscritti nel 2018; tali rimborsi sono stati eseguiti per € 81.214 all'inizio del 2019;
- entrate: registrano i versamenti effettuati dalle Aziende e – su base volontaria – dagli Iscritti; sono altresì compresi gli interessi maturati sul c/c bancario esclusivamente dedicato alla gestione;
- saldo finale: rappresenta il fondo utilizzabile dagli iscritti;
- accantonamento a Fondo solidaristico: si registrano i rendimenti annui delle giacenze e le posizioni residue (cioè quelle di Iscritti cessati o deceduti senza superstiti) che da Regolamento ASA devono essere accantonate e utilizzate per finalità solidaristiche deliberate dal CdA; attualmente l'accantonamento è depositato sul c/c 8179 presso la sede di Bergamo del Banco BPM;
- saldo c/c 4735: al fine di riconciliare il saldo finale con quello risultante dal c/c bancario dedicato alla gestione, al saldo finale è stato aggiunto l'importo dei rimborsi di competenza 2018 eseguiti all'inizio del 2019 ed è stato portato in diminuzione il saldo del Fondo solidaristico.





A fronte del risultato di Bilancio che vede una perdita di circa 346 mila Euro, il Consiglio di Amministrazione ha provveduto, con decorrenza 1° gennaio 2019, ad apporre correttivi al Regolamento su alcune voci di rimborso (vedi Circolare 7/2018 del 10 dicembre 2018) che alleghiamo alla presente relazione **(Allegato 1)**.

Un'ulteriore modifica, circa la contribuzione da parte degli Iscritti con decorrenza 1 marzo 2019, è avvenuta con ulteriore comunicazione in data 27 febbraio 2019 a seguito dei risultati definitivi sul Bilancio 2018 **(Allegato 2)**.

Nell'ambito del Consiglio di Amministrazione del Fondo è stata creata una **Commissione interna** per il monitoraggio della spesa sanitaria in rapporto ai vari Capitoli di spesa (visite, interventi chirurgici, cure, ecc.) al fine di valutare da un lato, l'utilizzo delle strutture sanitarie "private" da parte degli Iscritti, e dall'altro l'impatto che le stesse hanno sul Bilancio.

Bergamo, 15 aprile 2019

il Consiglio di Amministrazione
il Presidente
Gianluigi Daldossi





Fondo Integrativo Assistenza Malattia

A TUTTI GLI ISCRITTI FIAM

Circolare 7/2018

Ogg.: Modifiche del Regolamento

Gentile Iscritto/a,

le politiche nazionali di contenimento della spesa pubblica hanno ridotto negli ultimi anni le prestazioni erogate dal SSN, obbligando la collettività a sostenere in proprio sempre maggiori spese sanitarie, costringendo quindi anche i nostri Iscritti a ricorrere alle prestazioni del Fondo Malattia in misura crescente.

Quanto sopra ha fatto registrare nel 2017 un importante disavanzo, e, a seguito di un attento monitoraggio dell'evoluzione delle prestazioni già dall'inizio del corrente esercizio, il Consiglio di Amministrazione ha verificato che anche per il 2018 si stava riconfermando il trend negativo.

Pertanto, a partire dal mese di giugno il CDA ha incaricato un'apposita Commissione interna al fine di analizzare i dati di spesa ed individuare e proporre opportuni correttivi, volti ad evitare l'aumento generalizzato della contribuzione a carico di tutti gli Iscritti.

Il lavoro della Commissione, terminato nello scorso mese di ottobre, ha prodotto la relazione di cui troverete copia in allegato (All.1).

La Commissione ha anche riscontrato la necessità di rivedere la formulazione di alcuni capitoli di rimborso per adeguare il Regolamento del FIAM alle vigenti disposizioni normative.

In data 30 ottobre il CDA ha esaminato il lavoro della Commissione e deliberato gli interventi ritenuti di minore impatto per gli Iscritti: troverete in allegato le parti del Regolamento che sono state modificate (All.2), mentre il nuovo Regolamento integrale (che entrerà in vigore a partire dal 1/1/2019) è già disponibile sul portale.

Un cordiale saluto.

**Fondo Integrativo Assistenza Malattia
FIAM**

il Presidente Gianluigi Daldossi

Bergamo, 10 dicembre 2018

Allegato 1: Relazione della Commissione interna

Allegato 2: Modifiche del Regolamento deliberate dal CDA

Sede legale e Uffici: Via S. Francesco d'Assisi, 6 – 24121 Bergamo

C.F. 95015690167

☎ 035393025 – 035393658

fondo.malattia@bancobpm.it

fiamcb@pec.bancobpmspa.it

www.welfare.bancopopolare.it www.fiamonline.com



Fondo Integrativo Assistenza Malattia

A TUTTI GLI ISCRITTI FIAM

Circolare 1/2019

Ogg.: Ulteriori modifiche del Regolamento

Gentile Iscritto/a

Lo scorso 10 dicembre, con la Circolare 7/2018, abbiamo comunicato gli interventi sul Regolamento entrati in vigore il 1° gennaio 2019. Detti interventi erano stati deliberati dal Consiglio del Fondo alla luce dell'importante passivo registrato nell'esercizio 2017 e delle previsioni a chiudere per l'anno 2018 che, alla data del 30 settembre, stimavano anche per l'esercizio allora in corso un saldo negativo, ma in misura inferiore al 2017.


Le stime di preconsuntivo sono state però inficiate dalle numerose richieste di rimborso relative a prestazioni sostenute nel corso di tutto l'anno 2018, ma presentate solo nel mese di dicembre (e gennaio 2019); ciò nonostante l'invito rivolto dal Fondo a tutti gli iscritti di inoltrare tempestivamente le domande di rimborso per consentire agli organi preposti di monitorare più puntualmente le spese.

I dati di consuntivo del Bilancio 2018 si discostano pertanto in modo sensibile dalle previsioni elaborate in base ai dati al 30/9/2018 ed evidenziano un disavanzo crescente, superiore del 21% rispetto al già elevato passivo registrato nell'esercizio 2017, anche per il contesto in cui il Fondo si trova ad operare, caratterizzato: *i)* dalle politiche nazionali di contenimento della spesa sanitaria pubblica con maggior ricorso da parte degli Iscritti alle prestazioni del Fondo, *ii)* dall'assenza di nuovi assunti/nuovi Iscritti e *iii)* dall'aumento dell'età media degli Iscritti.

Quanto sopra rende necessari ulteriori interventi che consentano il riequilibrio delle risorse del Fondo, il consolidamento del suo patrimonio e il raggiungimento del pareggio di bilancio con l'esercizio 2020. Detti interventi non possono però prescindere da un attento monitoraggio dell'andamento della spesa per rimborsi - lievitata in modo preoccupante in quest'ultimo biennio – ed è con questa finalità che il Consiglio, con la delibera dello scorso 25 febbraio, ha fissato **un limite di due mesi**, dalla data della fattura/ricevuta fiscale, entro il quale inoltrare le richieste di rimborso.

Inoltre, il Consiglio, ad integrazione di quanto già in applicazione dal 1/1/2019 ed intervenendo diversamente rispetto ad un ulteriore contenimento della spesa per prestazioni, nella stessa seduta del 25 febbraio scorso ha deliberato un **incremento della contribuzione a carico degli Iscritti** – come da allegato art. 4 del Regolamento – a decorrere dal 1° marzo 2019 (tale incremento comporterà un aumento medio mensile pro-capite della contribuzione dell'iscritto di **circa 4 euro**).

Sede legale e Uffici: Via S. Francesco d'Assisi, 6 – 24121 Bergamo
C.F. 95015690167

 035393025 – 035393658

fondo.malattia@bancobpm.it fiamcb@pec.bancobpm.it
www.welfare.bancopolare.it www.fiamonline.com



Gli Organi del Fondo, alla luce dell'andamento della spesa per rimborsi e con la finalità di assicurare la stabilità finanziaria dello stesso, si riservano di intervenire – anche in corso d'anno – con ulteriori provvedimenti che si rendessero necessari.

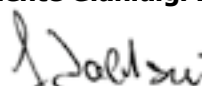
Il dettaglio delle modifiche apportate al Regolamento – che entrano in vigore dal 1/3/2019 – sono allegate alla presente circolare, mentre il nuovo Regolamento – che sarà oggetto di ratifica da parte dell'Assemblea con la prossima approvazione del Bilancio 2018 – è già disponibile sul portale.

Un cordiale saluto.

Fondo Integrativo Assistenza Malattia

FIAM

il Presidente Gianluigi Daldossi



Bergamo, 27 febbraio 2019

Allegato 1: Modifiche del Regolamento deliberate dal CDA

