

**DELIBERA N. 14/2020**

**Comitato Amministratore della Gestione Separata dei Periti Agrari**

**Seduta dell'08/04/2020**

**IL COMITATO AMMINISTRATORE**

**VISTO** l'art. 11, comma 2, lettera c) dello Statuto della Fondazione;

**VISTO** l'art. 12, comma 3, del Regolamento per la previdenza obbligatoria dei Periti Agrari e dei Periti Agrari Laureati;

**VISTA** la propria delibera n° 12 assunta il 23 novembre 2016, con la quale è stato previsto lo stanziamento di una somma pari a euro 150.000,00 al fine di sostenere, ex art. 12, comma 3, del Regolamento per la previdenza obbligatoria dei Periti Agrari e dei Periti Agrari Laureati, gli iscritti che sottoscrivono una polizza di assistenza sanitaria integrativa;

**VISTA** l'attuale emergenza epidemiologica da COVID-19 che coinvolge l'intero Paese;

**UDITO** il Direttore Generale;

**DELIBERA**

in virtù della seguente votazione

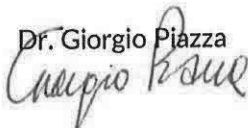
	FAVOREVOLE	CONTRARIO	ASTENUTO
Dott. Giorgio Piazza Presidente	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sig. Sergio Retini Vice Presidente	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dott. Bruno Busacca	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.agr. Alberto Barbarini	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.agr. Davide Castello	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.agr. Massimo de Nitto	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.agr. Bernardino Lattarulo	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.agr. Celestino Nardone	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.agr. Andrea Taddei	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- 1) di confermare lo stanziamento di una somma pari a euro 150.000,00 al fine di sostenere, ex art. 12, comma 3, del Regolamento per la previdenza obbligatoria dei Periti Agrari e dei Periti Agrari Laureati, gli iscritti che sottoscrivono una polizza di assistenza sanitaria integrativa;
- 2) che lo stanziamento di cui al punto 1) verrà distribuito, fino a concorrenza dello stesso, in virtù del criterio dell'ordine di arrivo delle richieste ed in presenza delle seguenti condizioni:
  - a) il richiedente deve aver presentato, con riferimento a tutto il periodo di iscrizione alla Gestione, la dichiarazione di cui all'art. 11 del Regolamento;
  - b) inoltre, sempre con riferimento all'intero periodo di iscrizione, il richiedente deve aver adempiuto, anche attraverso l'ottenimento di una procedura di rateizzazione, agli obblighi contributivi di cui agli art. 3, 4 e 21 del Regolamento della Gestione e ad eventuali debiti per sanzioni e interessi;
  - c) il richiedente deve aver sottoscritto una polizza di assistenza sanitaria integrativa che garantisca almeno tutte le tutele previste nell'allegato della presente delibera;
- 3) che fino a concorrenza dello stanziamento di cui al punto 1) verrà erogato un contributo pari a:
  - € 200,00 per ogni iscritto che abbia un fatturato professionale, considerando l'ultima dichiarazione presentata ex art. 11 del citato Regolamento, pari o inferiore ad €17.500;
  - € 450,00 per ogni iscritto che abbia un fatturato professionale, considerando l'ultima dichiarazione presentata ex art. 11 del citato Regolamento, superiore ad € 17.500;
- 4) che l'erogazione del contributo avverrà attraverso una compensazione con i futuri debiti contributivi del richiedente;
- 5) di annullare e sostituire con la presente delibera la richiamata delibera n° 12/2016;
- 6) di trasmettere la presente delibera ai Ministeri Vigilanti ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs 509/94.

Il Presidente

Dr. Giorgio Piazza



La Segretaria

Dr.ssa Loredana Pesoli



## Allegato

### Tutele minime

#### 1. RIMBORSO PER LE SPESE SANITARIE:

- malattia;
- gravidanza e puerperio;
- infortunio;
- ricoveri in caso di intervento chirurgico;
- cure odontoiatriche;
- visite, fisioterapie, esami diagnostici e strumentali;
- acquisto protesi, assistenza infermieristica domiciliare, cure termali per infortunio.

I rimborsi per singola prestazione devono essere effettuati con l'applicazione di uno scoperto massimo del 20% o con una franchigia massima di € 50 nel caso di rimborsi per visite specialistiche e accertamenti e di € 500 di franchigia minima nel caso di interventi chirurgici; Deve essere previsto un massimale per visite specialistiche e accertamenti non inferiore a € 4.000,00 per ciascun nucleo familiare e per anno solare;

#### 2. RIMBORSO PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO, ANCHE PER PARTO

Il piano sanitario deve coprire le spese per intervento chirurgico, retta di degenza, assistenza medica, medicinali e cure, esami e accertamenti diagnostici post-intervento, trasporto sanitario, day-hospital chirurgico e intervento chirurgico ambulatoriale.

Deve essere previsto un massimale garantito, per intervento chirurgico, non inferiore a € 40.000,00 per ciascun nucleo familiare e per anno solare e un massimale garantito non inferiore a € 80.000,00 nel caso di grandi interventi chirurgici per ciascun nucleo familiare e per anno solare.

In caso di parto non cesareo il piano deve prevedere un rimborso fino all'80% delle spese sostenute, fino ad un massimo di € 2.500 annui per nucleo familiare.

### 3. TRATTAMENTI LOGOPEDICI / DSA:

la polizza deve prevedere un indennizzo delle spese per trattamenti logopedici in presenza di diagnosi di patologia effettuata da medico specialista attinente (neurologo, neuropsichiatra, otorinolaringoiatra).

Massimo scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50 per ciclo di terapia (massimo 12 sedute).

### 4. TICKET:

deve essere previsto il rimborso integrale dei ticket sanitari nei limiti del massimale previsto per il rimborso spese sanitarie.

### 5. PACCHETTO MATERNITA' AGGIUNTIVO:

il piano sanitario deve prevedere un indennizzo delle seguenti prestazioni in gravidanza eseguite presso strutture convenzionate al Fondo:

- Amniocentesi / Test prenatale su dna;
- Villocentesi.

Il massimale annuo € 500,00= per nucleo familiare.

### 6. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario deve coprire le spese per una serie di esami di prevenzione (esami del sangue, urine, feci, pap test per le donne e PSA per gli uomini) da effettuare una volta all'anno e in un'unica soluzione presso le strutture sanitarie convenzionate.

### 7. DIAGNOSI COMPARATIVA

In caso di determinate gravi patologie:

- AIDS;
- Morbo di Alzheimer;
- Perdita della vista;
- Cancro;
- Coma;
- Malattie cardiovascolari;
- Perdita dell'udito;
- Insufficienza renale;

Fondazione E.N.P.A.I.A.

Ente Nazionale di Previdenza per gli Addetti e gli Impiegati in Agricoltura

Viale Beethoven, 48 - 00144 Roma T +39 06 54581 - 800 242624 | info@enpaia.it - info@pec.enpaia.it | enpaia.it  
C.F. 02070800582 | P.IVA 01028511002

- Perdita della parola;
- Trapianto di organo;
- Patologia neuro motoria;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Morbo di Parkinson;
- Infarto;
- Ictus;
- Ustioni Gravi;

il piano sanitario deve prevedere la possibilità di avere un secondo e qualificato parere medico sulla precedente diagnosi fatta dal tuo medico con le indicazioni più adatte per trattare la patologia in atto.

#### **8. GARANZIA DCA - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Deve essere previsto il rimborso fino alla concorrenza di € 850 (per anno e per nucleo familiare) per le spese ambulatoriali sostenute per analisi e terapie eseguite da internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi clinici, dietisti, avvenute sotto il controllo specialistico psichiatrico nei casi di :

- bulimia;
- anoressia.

#### **9. GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA (GARANZIA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE ISCRITTO)**

In caso di non autosufficienza, il Piano sanitario deve garantire all'assicurato quando questi si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza, il rimborso delle spese per una somma di € 350 mensili, per massimo un anno. L'eventuale somma non utilizzata verrà accumulata sul massimale mensile del mese successivo.

#### **10. BENEFICIARI**

La copertura assicurativa deve essere valida per tutti i titolari Iscritti al Fondo Contraente (sono esclusi i familiari), di età compresa tra diciotto e settanta anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti nelle condizioni di assicurabilità del Fondo.

## 11. SINDROME METABOLICA

Il Piano sanitario deve prevedere un programma di prevenzione della sindrome metabolica con indicazioni e consigli medici su attività fisica e alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

### Estensione polizza:

il diritto alle prestazioni deve essere riconosciuto anche in favore dei familiari dell'iscritto, salvo per le esclusioni espressamente specificate (garanzia per non autosufficienza), tra cui:

- a) il coniuge o il convivente;
- b) i genitori ed equiparati, a carico;
- c) i fratelli e le sorelle ed equiparati, a carico;
- d) i figli legittimi ed equiparati fino al diciottesimo anno di età;
- e) i figli legittimi ed equiparati conviventi fino al compimento del ventiseiesimo anno di età se studenti universitari.