

VERBALE DI RIUNIONE OSSERVATORIO POLIZZA SANITARIA

In data 3 ottobre 2018 l'Osservatorio tecnico paritetico in materia polizza sanitaria integrativa, composto dai rappresentanti dell'Ente e delle OO.SS. FABI, FIRST/CISL, FISAC/CGIL e UILCA, si è riunito allo scopo di esaminare taluni punti critici emergenti nella gestione delle prestazioni e dei rimborsi da parte della Compagnia, come nel seguito meglio specificato.

1. RIMBORSI PRESTAZIONI

Bisogna sottolineare in premessa che la Compagnia **non ottempera a quanto previsto all'art.5.2 "Assistenza indiretta a rimborso" del Contratto di Assicurazione**. Tale norma, infatti, prevede un termine perentorio di 30 giorni, dalla ricezione della pratica, entro il quale tassativamente la Società Assicuratrice può respingere il sinistro oppure, secondo principi di buona fede e correttezza, può richiedere documentazione integrativa. Nel caso in cui la Società Assicuratrice non effettui nessuna di tali azioni (respingimento/richiesta integrazioni) nei 30 giorni suddetti, entro i successivi 15 giorni dovrà provvedere ad effettuare il rimborso. Se, invece, la Società Assicuratrice richieda, sempre nei 30 giorni successivi alla ricezione della richiesta di rimborso, documentazione integrativa, il termine per il pagamento (15 giorni) decorrerà dalla ricezione di tale ulteriore documentazione.

Pertanto, i componenti dell'Osservatorio, invitano la Società Assicuratrice a risolvere tutte le richieste non ancora evase rientranti in tale previsione contrattuale e, per le richieste di rimborso future, di attenersi scrupolosamente ai contenuti di tale norma.

- Corollario di quanto sopra è che il messaggio standard che perviene all'assicurato da parte della Compagnia al verificarsi della richiesta di rimborso prevede per default che la pratica potrà essere lavorata entro 45 giorni; questa previsione – si ribadisce – non deriva dal *Capitolato*;
- Si segnalano incongruenze anche nelle garanzie rimborsate: stesse prestazioni (con stessi medici e con identiche patologie) in alcuni casi vengono accolte ed in altri respinte. Si verifica che pratiche già considerate liquidabili seguano messaggi di reiezione dei rimborsi.

- Franchigie: è accaduto che a fronte di rimborsi richiesti per unico evento patologico, anche per la stessa categoria di prestazione vengano richieste più franchigie, come se si trattasse di patologie differenti o non tra esse collegate.
- **Si segnala un'anomalia informatica da sistemare: in caso di richiesta di integrazione documentazione, la procedura respinge il caricamento del file di integrazione, obbligando al caricamento di una nuova domanda di rimborso, per la quale ripartono i termini per la liquidazione ex-novo.**

2. Call Center

In relazione al call center sono state evidenziate:

- criticità legata ai tempi di attesa al telefono molto lunghi per l'attivazione delle richieste. Spesso alla registrazione della chiamata con richiesta di fornire un numero di telefono per essere a propria volta richiamati non segue nessun contatto da parte della compagnia.
- non correttezza, in casi non infrequenti, delle informazioni fornite dagli addetti che apparentemente non conoscono le peculiarità della nostra formula di assistenza;
- l'impossibilità o estrema difficoltà di contattare il call center. Tale assenza di risposte spesso costringe gli assicurati che devono ricorrere con urgenza a prestazioni ad effettuarle in forma indiretta.
- nonostante pervenga all'assicurato la notifica del messaggio (mail o SMS) necessaria per attivare la prestazione in forma diretta presso la struttura convenzionata prescelta, la successiva mancata comunicazione da parte di RBM alla struttura impedisce di effettuare in tempo le prestazioni già prenotate. A ciò si aggiungono le già segnalate difficoltà di contatto con il call center per segnalare l'urgenza della risoluzione del problema. Ciò si traduce frequentemente nella necessità di effettuare il pagamento in forma indiretta, con l'aggravio di franchigie e scoperti.

3. Prestazioni odontoiatriche

Tali prestazioni costituiscono uno **dei** punti più critici della gestione delle garanzie. Non meglio specificate nuove direttive impartite dalla

Compagnia, infatti, segnalate anche dagli odontoiatri in convenzione, hanno provocato notevoli disservizi e lungaggini nella prosecuzione dei piani di cura degli assistiti; il piano di cura deve essere presentato per ogni singolo evento, rendendo estremamente farraginosa e lunga l'esecuzione del piano di cura già concordato.

- in particolare si segnala la richiesta da parte della Compagnia (non presente nel Capitolato) di produrre anche per le prestazioni in rete convenzionata referto di esame diagnostico (dental scan/radiografia) non solo prima e al termine degli interventi da effettuare, ma anche durante le stesse prestazioni. Si segnala a tal proposito che taluni odontoiatri si rifiutano (e ciò appare deontologicamente corretto) di effettuare o ripetere esami radiologici a soggetti (segnatamente: bambini e donne in stato di gravidanza) qualora ciò non sia dettato da effettivo stato di necessità.

4. Prestazioni Fisioterapiche

- Anche tali prestazioni costituiscono uno dei punti più frequentemente segnalati come critici. In merito alla liquidazione dei rimborsi, agli assistiti viene richiesto di comprovare l'esistenza del diploma di laurea del fisioterapista (requisito che il medesimo deve obbligatoriamente possedere perché il rimborso venga richiesto). Tuttavia, la produzione di tale titolo non compete all'assistito che non può e non deve farsi carico di attestare la qualità del professionista dovendo, nella media diligenza che gli è richiesta, rivolgersi a professionisti o centri medici che garantiscano il possesso dei titoli richiesti. **Pertanto, le fatture di fisioterapisti che recano la dicitura della loro qualifica, sebbene non rilasciate da un centro medico, devono essere liquidate.**
- A riprova di ciò, sempre più frequentemente la prestazione fisioterapica viene richiesta la firma del direttore sanitario del centro per comprovare che tale prestazione sia avvenuta in tali strutture. Anche questo obbligo non è presente nel Capitolato.

Altre problematiche evidenziate

Senza entrare nel merito di tutte le criticità segnalate dai componenti l'osservatorio si evidenziano le seguenti, più frequenti:

Esami del sangue

Gli esami del sangue non vengono rimborsati qualora la patologia indicata non risulti, a giudizio della Compagnia, compatibile con gli screening che vengono richiesti dai medici specialisti o dal medico di base. Tale correlazione non è stata mai indicata nel Capitolato.

Ticket SSN

Anche per i ticket, che in precedenza venivano liquidati sempre al 100% a fronte della sola presentazione della fotocopia dell'impegnativa del medico di famiglia, spesso viene richiesto referto del medico che ha effettuato la prestazione.

Tabelle tariffarie diversificate

Spesso le tabelle dei tariffari non sono coerenti; RBM prevede un tariffario diverso da quello applicato presso la struttura convenzionata con conseguente necessità da parte dell'assistito di integrare in contanti la differenza o rimandare la prestazione ad altro appuntamento, per ottenere l'adeguamento da parte della Compagnia alla tariffa prevista.

La riunione si conclude con l'intento di segnalare alla Compagnia assicuratrice la necessità di **liquidare immediatamente** le pratiche fino ad oggi non **rimborsate**, a causa delle criticità sopra esposte, **e di attenersi, per il futuro, esclusivamente alle norme sottoscritte dalla Stessa nel Contratto di Assicurazione. Attività/richieste effettuate dalla Compagnia assicuratrice al di fuori di tali previsioni contrattuali sono da ritenersi illegittime.**

L'Ente, in quanto stazione appaltante, vigilerà affinché venga svolto un corretto servizio in coerenza con le previsioni contrattuali.

F.to
Agenzia delle Entrate – Riscossione

F.to
I Componenti l'osservatorio

FABI

FIBA/CISL

FISAC/CGILI

UILCA