

Sanità integrativa

I disservizi di Previmedical

Difficoltà a farsi rimborsare, soprattutto per gli assistiti del fondo metaSalute, procedure ostiche e scarsa trasparenza per indurre l'assistito a rinunciare alle coperture a cui ha diritto. È il quadro dipinto da centinaia di reclami inviati dai lettori.

di Adelia Piva



Negli ultimi mesi sono arrivati centinaia di reclami su Reclama Facile - la piattaforma online di Altroconsumo aperta a tutti i cittadini - riguardanti i disservizi di Previmedical, a cui la compagnia di assicurazione Rbm affida la gestione delle prestazioni sanitarie previste da diversi Fondi sanitari integrativi. Previmedical è la società che gestisce le prestazioni sanitarie, dai Fondi agli iscritti, sia quando si tratta di autorizzare l'assistenza diretta (nelle strutture mediche convenzionate, quindi senza pagare nulla), sia quando si tratta di valutare le richieste di rimborso delle spese sostenute da chi va da un medico o in una struttura non convenzionata (assistenza indiretta). Per lo più le segnalazioni provengono dagli aderenti a metaSalute, il fondo che garantisce assistenza sanitaria integrativa ai lavoratori dell'industria metalmeccanica, che Previmedical gestisce dall'autunno del 2017. Il contratto nazionale dei lavoratori metalmeccanici negoziato dai sindacati rende obbligatoria l'iscrizione al Fondo e prevede un contributo per l'azienda di 13 euro al mese per ciascun lavoratore. I reclami hanno evidenziato come ci sia una grande confusione sulle prestazioni a cui il lavoratore ha diritto e su come accedervi. Le richieste di autorizzazione per le prestazioni

“Il quesito diagnostico indicato nella prescrizione medica non è qualificabile come patologia presunta o accertata”: richiesta di prestazione “annullata”. I soci segnalano le richieste respinte in maniera pretestuosa.



Cure dal dentista? Aspetta e spera

“In lavorazione” da mesi

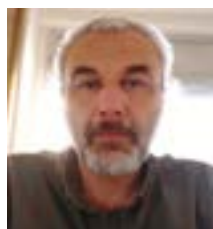
Diego Marchesan di Torino ha un contratto di lavoro metalmeccanico e può usufruire delle prestazioni sanitarie e dei rimborsi del Fondo sanitario metaSalute pagato dalla sua azienda:

«Abbiamo rinunciato a una quota di aumento contrattuale perché come welfare l'azienda ci ha offerto questo pacchetto sanitario. Sulla carta offre molto, ma alla prova dei fatti non è così. Nel dicembre scorso ho fatto una richiesta di prestazione odontoiatrica con un dentista convenzionato Previmedical, ad oggi, cinque mesi dopo, la pratica risulta “in lavorazione”. E per arrivare a questo stadio ho pure faticato: prima mi hanno chiesto una panoramica.

Mandata. Poi, non andava bene la prescrizione del dentista. L'ho fatta rifare. Intanto, in mancanza dell'autorizzazione, ho dovuto rimandare a più riprese l'appuntamento col dentista. Il call center rispondeva che avrebbe sollecitato. Poi è cambiato il sistema (da febbraio 2019 ci sono i voucher) e non è stato più possibile parlare con nessuno. La mia richiesta giace ancora lì».
 Spiega: «Adesso si fa tutto online e con un'app che funziona male. Anche alla mail del servizio di assistenza non rispondono. Il numero verde invita a rivolgersi al risponditore automatico per le prenotazioni. Un circolo vizioso, in cui almeno il 50-60% delle richieste di rimborso non va a buon fine. I tempi dei rimborsi sono lunghi, anche sei mesi. Il dubbio viene: cercano i cavilli?».

Malattia sbagliata: respinto

“Il quesito diagnostico indicato nella prescrizione medica non è qualificabile come patologia presunta o accertata”. Così Luca Contato di Bergamo si è visto respingere per due volte la richiesta di visita oculistica di controllo da Previmedical. «Ho familiarità con il glaucoma e faccio una visita all'anno di controllo e l'ho sempre fatta con metaSalute perché i tempi sono molto più ridotti rispetto al Ssn. Per giustificare il rifiuto mi hanno detto che autorizzano se il medico indica una patologia o se ne ha il sospetto. Quindi avrebbe dovuto scrivere “sospetto glaucoma” non “familiarità con glaucoma”, che è la motivazione vera. Questo è avvenuto a febbraio, mentre due anni fa la stessa richiesta con “controllo visus” senza patologia era stata approvata. Mi sembrano pretesti per non dare il servizio».



Cavilli per limitare il servizio

Chi la dura la vince

Ti scoraggiano

Cinzia Colusso di Zanica (Bergamo) «Ho presentato varie pratiche di rimborso che sono state respinte, ma non sono mai riuscita a ottenere chiarimenti su come presentare la richiesta nel modo giusto. Il call center non risponde mai e, anche via mail, nulla. Non mi sono data per vinta, ho analizzato le pratiche respinte, finché non ho capito il meccanismo e ho ottenuto i rimborsi. Al medico bisogna dire di scrivere una patologia precisa non controllo o prevenzione. La mancanza di comunicazione fa sì che la gente lasci perdere. Nella mia azienda solo un lavoratore su quattro usa metaSalute. Eppure ti dà la possibilità di fare le visite in tempi record rispetto al Ssn. Sarebbe meglio, però, investire nel servizio pubblico affinché funzioni con tempi di attesa ragionevoli. Queste assicurazioni fanno in modo che ti abitui ad andare in privato, così toglieranno il ticket e sarà come negli Usa dove non c'è assistenza sanitaria per tutti».

13 euro al mese? Troppo pochi

I conti non tornano
«Nel dicembre scorso ho fatto richiesta a Previmedical per l'apparecchio ortodontico per mia figlia da un dentista convenzionato. Ad oggi la pratica è ancora in lavorazione nonostante i miei solleciti. Il dentista a cui mi sono rivolto mi ha detto che a breve interromperà la convenzione perché ha sempre problemi con i rimborsi».

Paolo Protti di Arluno (MI) continua: «Sono le pratiche più costose, quelle odontoiatriche, a passare con difficoltà: per le altre non ci sono grossi problemi e con il Fondo le visite si fanno prima rispetto al Ssn. Mi faccio qualche domanda però quando vedo quanto offre visto che l'azienda versa solo 13 euro al mese. Mi chiedo poi come sia possibile che i centri medici convenzionati dimezzino la loro parcella per Previmedical. I conti non mi tornano».





DENTISTI A CONFRONTO

Problemi e
disservizi: i dentisti
si confrontano
con Previmedical
(www.andi.it)

QUALE SANITÀ INTEGRATIVA?

Diritti alla prova

Viste le centinaia di reclami ricevuti, nel marzo scorso abbiamo scritto a Marco Vecchietti, direttore generale di Rbm, compagnia di assicurazione sanitaria per cui Previmedical gestisce il servizio, chiedendo un incontro volto a individuare possibili soluzioni per gli assicurati. Nessuna risposta. L'IVASS, l'istituto di vigilanza delle assicurazioni, ha a sua volta individuato questi problemi invitando a mettere in atto le misure per garantire trasparenza ai contratti sulle prestazioni cui il cittadino ha diritto così da eliminare qualsiasi discrezionalità interpretativa e pretestuosi dinieghi da chi li fornisce. L'indagine in corso alla Camera sul ruolo dei fondi sanitari può essere la sede per portare la voce dei cittadini che ci scrivono. Insieme possiamo farci valere. Usa Reclama Facile: www.altroconsumo.it/reclamare

>
odontoiatriche, quelle più costose, restano "in lavorazione" per mesi, lasciando il lavoratore in un limbo che non gli permette di accedere alle cure in tempi clinici ragionevoli. Procedure ostiche che, per le cure odontoiatriche, costringono il paziente a compilare lui stesso la scheda con tutti i dettagli di diagnosi e trattamento previsti: così è facile sbagliare e vedersi rifiutare l'assistenza. La nostra socia, Cinzia Colusso racconta come per mesi si sia vista respingere tutte le richieste di rimborso senza capire il perché e come fosse impossibile chiedere chiarimenti in merito al call center o all'assistenza via mail. Finché ha "studiato" e capito il meccanismo, ma non tutti hanno la stessa tenacia, racconta. Infatti nella sua azienda solo un lavoratore su quattro usa il Fondo. Il che, ci fa pensare, lascia nelle casse della compagnia parecchi soldi. Qualche domanda se la fanno anche i cittadini che ci hanno scritto su Reclama Facile: il premio (156 euro l'anno) è adeguato a garantire le tante prestazioni sanitarie previste dal contratto? È lecito chiedersi se i mancati rimborsi, le lungaggini burocratiche e tutti i disservizi non siano dovuti alla inadeguatezza del premio rispetto alle prestazioni promesse e alle valutazioni iniziali del Fondo. Nel frattempo, da febbraio, è stato inaugurato un nuovo sistema di prenotazione: l'assicurato deve chiedere l'emissione di un voucher alla centrale operativa per avere l'assistenza diretta. «Il nuovo sistema - racconta Stefania Chiarazzo - rende inutilizzabile l'assistenza diretta per le sedute di fisioterapia, perché bisogna chiedere il voucher per ogni singola seduta anche se è previsto un ciclo continuativo. Un deterrente all'uso del servizio». In alcuni casi, i lettori raccontano come per giustificare il rifiuto Previmedical sia entrata nel merito della prescrizione del medico, contestando la diagnosi o la prestazione medica prescritta. Un comportamento scorretto, perché la centrale operativa può valutare solo se la prestazione rientra nella copertura,

i massimali residui, la competenza del centro medico scelto. Nel marzo scorso abbiamo scritto a Previmedical e Rbm per chiedere un confronto volto a individuare una soluzione per le centinaia di reclami ricevuti e che continuano ad arrivare, ma non abbiamo avuto alcuna risposta. Altroconsumo non si ferma e cercherà di trovare un canale anche istituzionale per sostenere i diritti dei cittadini coinvolti. Anche chiedendo di intervenire nell'indagine conoscitiva che è in corso alla Camera dei Deputati, volta a valutare "il ruolo dei fondi sanitari integrativi nel più ampio spettro della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso". Come spiega Andrea Urbani, direttore della Programmazione sanitaria del ministero della Salute nell'audizione alla Camera: «Questi fondi godono di benefici fiscali e contributivi, per cui si arriva a una decontribuzione o defiscalizzazione di 3.600 euro a iscritto. Gli iscritti sono oltre 10,6 milioni di cittadini: 7,5 milioni lavoratori dipendenti e no, 2,1 milioni i familiari. Circa 700.000 pensionati. Un costo per la collettività, legato però alla missione che hanno questi fondi». La legge stabilisce che coprano per almeno il 20% le prestazioni integrative che non sono incluse nei Lea (nell'assistenza sanitaria minima garantita dal Ssn), come quelle odontoiatriche, l'assistenza ad anziani e non autosufficienti, protesi acustiche, occhiali. Il punto è che la media di prestazioni integrative si aggira intorno al 39% il che significa che il 61% sono prestazioni che si sovrappongono a quelle del Ssn. Una duplicazione che, viene il dubbio, moltiplica gli sprechi, incrementando solo il business delle assicurazioni. Soldi che si potrebbero usare per potenziare il Ssn, per ridurre le lunghe liste d'attesa per visite ed esami (vedi l'inchiesta su questo numero) e il ticket: invece vanno a detassare i fondi integrativi stipulati da aziende private a favore dei propri dipendenti e non di tutta la collettività. La ministra della Salute si è impegnata a migliorare la funzione di complementarietà dei fondi sanitari integrativi. Staremo a vedere. 🍏