

Al Presidente OMCeO di Roma
Dott..Mario Falconi

Caro Mario

rispondo alla mail inviata e vorrei chiarire le cose una volta per tutte.

Non ho alcun rapporto privilegiato con Mutua Tre S e la mia conoscenza data da un vecchio rapporto professionale quando il suo attuale Presidente era direttore generale della Compagnia di Assicurazione Milano ed io ero il consulente centrale.

La prima polizza di tipo sanitario in Italia, la Sanicard, è stata fatta per la parte amministrativa dall'attuale presidente di Mutua e per la parte medico-sanitaria dal sottoscritto.

Da qui nasce il rapporto professionale e la mia esperienza in materia che mi permetto di valutare adeguata.

Il travaglio di questa polizza voluta dall'ENPAM, che negli anni ha espresso grandissima soddisfazione dei medici che l'hanno sottoscritta nasce dall'uscita del rapporto con le Assicurazioni Generali che giustamente non ne hanno potuto sopportare l'onere. Da parte mia almeno due anni prima ne avevo suggerite le modifiche che ne avrebbero consentita la prosecuzione.

Ma ho trovato resistenza sia da parte della compagnia che dell'ENPAM.

Per quanto riguarda l'attuale rinnovo motivato dall'urgenza dovuta all'incipienza della scadenza della polizza, debbo contestare categoricamente che ciò possa essere una scusante.

La proroga, risultata anche costosa era stata fatta proprio per consentire in tempi ragionevoli la progettazione di una nuova polizza che non stravolgesse, come si è di fatto verificato, la Convenzione, ma desse accettabili garanzie in costi contenuti.

Purtroppo non se ne è fatto niente e non per colpa mia .

Io avevo scritto già nel marzo 2010 una nuova polizza che ritengo tuttora la migliore possibile per garanzie, costi e possibilità di continuazione con una compagnia per molti anni.

Avevo posto come titolo della convenzione "Piano Sanitario" e guarda caso la polizza proposta da Unisalute si chiama proprio Piano Sanitario! Avevo anche fatto un tariffario per i limiti di rimborso per ogni singolo intervento che mi è costato tempo e fatica. Avevo proposto di offrir questo piano a singole compagnie affinché me lo quotassero.

Ho avuto notizia che le Generali non erano più interessate a questo tipo di polizza ma non ho saputo di altre compagnie alle quali almeno penso si sia rivolto il broker.

Ho personalmente chiamato Unisalute per avere una risposta e mi è stato riferito che avrebbero comunicato la quotazione ma non ne ho più saputo nulla.

Solo Mutua tre S mi aveva risposto positivamente accettando le garanzie richieste e stampando addirittura il tariffario da me fatto dei limiti di rimborso per ogni singolo intervento.

Voglio ancora richiamare una lettera del broker datata 24/3/2010 nella quale Unisalute si dichiarava disposta a continuare la polizza ed a prorogarla anche sino 31/12/11.

Detta lettera inviata all'arch. Ajala mi è stata inviata al mio domicilio mediante fax e si allega.

Quindi di tempo ce ne era per fare delle serie trattative, invece si è accettata la polizza integralmente come richiesto da Unisalute, molto probabilmente in accordo con il broker, sovvertendo garanzie e costi in un vero ribaltamento.

La mia intenzione era di conoscere quanto avremmo dovuto pagare per ottenere quel tipo di polizza e scegliere l'offerta migliore. Non avrei a queste condizioni certamente suggerito di privilegiare alcuno ma di fare come ho sempre fatto, l'integrale interesse dei medici sottoscrittori.

Non risponde quindi assolutamente a verità che la mia rinuncia al ruolo offertomi sia dovuta per non avere sottoscritto la polizza con Mutua tre S e diffido chiunque dal ripetere queste affermazioni.

La mia rinuncia ha ben altre motivazioni che mi riservo di esporre in seguito.

Si dice che per questa polizza sottoscritta si è discusso. Ma chi ha discusso? Chi ha discusso ha comunque discusso male e questo verrà sicuramente confermato dal numero delle adesioni che verranno sottoscritte.

Chi ha discusso sapeva che molte garanzie viste come innovative in verità non erano nemmeno una spolveratina di zucchero sulla torta?

Un esempio: una ecografia del costo di 100 euro vede nella polizza un rimborso di 32 euro (franchigia fissa di 60 euro più ritenuta del 20 % sui restanti 40 euro uguale a 68 euro non rimborsati e a 32 euro di rimborso) . La stessa prestazione pagata integralmente 100 euro può trovare una defiscalizzazione di 19 euro e quindi venire a costare 81 euro.

E per un risparmio di 13 euro vale la pena di pagare di più o non riportare a diverse migliori garanzie?

Si possono portare altri esempi ma deve valere la regola generale per assicurarsi che rispetto ai premi pagati le garanzie debbono essere importanti e non servono quelle accessorie.

Viene enunciato con una certa enfasi che si sono privilegiati i giovani.

Sembra in verità la solita affermazione demagogica.

Ma si è verificato quanti siano i sotto quarantenni nella popolazione assicurata rispetto agli ottantenni?

Si è considerato che per favorire una fascia minoritaria della popolazione assicurabile si finisce con l'aggravare oltre misura una fascia ben più vasta di altra popolazione?

Per valutare il magnificato vantaggio per i giovani prendiamo ad esempio cosa chiede la compagnia Axa che certamente è una delle migliori in Europa.

Per i Grandi Interventi Chirurgici (non sono inclusi Gravi Eventi Morbosi) massimale illimitato (Unisalute 350.000 per nucleo familiare); nè franchigie nè scoperto (1.000 euro e 30%) diaria sostitutiva 140 euro per 140 giorni (120 euro per 90 giorni) cure e protesi dentarie per infortunio o per neoplasie sino a 5.000 euro (non previste) accertamenti diagnostici pre ricovero 120 giorni (90 giorni) post ricovero 120 giorni (100 giorni).

Costo premi per 15 anni (dai 25 ai 40) AXA 2579,13 euro. Unisalute 2550 euro.

Non mi pare vi sia una grande gratificazione per i giovani.

Se poi i calcoli li facciamo per un familiare da 10 anni a 25 anni la forbice si allarga ancora di molto.

Gli sconti per nuclei familiari sono identici per entrambe le compagnie.

Sul richiamato parere dell'avv. Squillaci rimando a quanto ha comunicato il Presidente di Mutua e ricordo soltanto un pranzo a Milano tra lo stesso presidente, il broker, l'architetto Ajala e il sottoscritto (pagamento del broker di goliardica scommessa persa da questi circa il numero degli iscritti alla polizza Unisalute rispetto a quella delle Generali-90,000 rispetto ai precedenti 150.000-) Da parte mia avevo espresso le perplessità dell'avv. Schillaci e il Presidente di Mutua aveva provveduto per sottoscrivere una riassicurazione tramite le Compagnie Reale Mutua ed Axa che avrebbero abbondantemente coperto le garanzie previste.

Per quanto poi attiene all'impossibilità della sottoscrizione di una polizza collettiva da parte di una mutua mi limito a ricordarti che la stessa Unisalute aveva proposto alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Ragionieri e dei Periti commerciali una polizza per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi e Stati di non Autosufficienza per la durata di tre anni ai loro pensionati attivi con un premio di € 300 con possibilità di adesione di tutto il nucleo familiare con € 250. Le garanzie ricalcano un poco quelle proposte all'ENPAM, come vedi con ben altri prezzi e con differenziazione per età.

Ma non è tutto. Era stato previsto di potere avere una polizza integrativa, guarda caso con FASCO, una Società di Mutuo Soccorso che come tale aveva la possibilità di un parte di defiscalizzazione.

Ma questo non è il solo caso.

Per quanto riguarda poi la mia adesione con entusiasmo al progetto di istituire un valido ufficio assicurativo nell'Ente non posso che confermarne la veridicità. Sono ancora grato ad Alberto Oliveti di avermelo proposto e per di più venendomi a trovare nella mia casa di Riccione , dimostrando con questo la sua cortesia e la sua signorilità.

Era questo un mio progetto che ritenevo utile oltre che ad un risparmio globale dei premi anche alla tranquillità di più valide e complete coperture assicurative.

Il mio rifiuto è nato dalla certezza che la polizza sanitaria nuova era già stata fatta e che siccome non sarebbe stata sicuramente gradita dagli assicurandi, i medici avrebbero ritenuto che essendo sempre stata io a gestire queste polizze ero anche il vero responsabile di questo sovvertimento.

Libero quindi da impegni e responsabilità posso liberamente esprimere il mio pensiero in merito e lasciare ad altri l'onere di gestire il sicuro malcontento della categoria che vede per le medesime garanzie triplicato il premio assicurativo.

Sulla situazione del mercato assicurativo in materia io avevo già avvertito precedentemente il Presidente Parodi e debbo rammentare che il Sole 24 ore aveva pubblicato un interessante articolo nel quale si metteva a nudo il rifiuto totale delle compagnie che avevano prima coperto gli iscritti agli Enti Previdenziali a risottoscrivere queste polizze.

Avevo anche preparato delle misure preventive ma non si è fatto nulla anche perché incombevano le elezioni per il rinnovo del Consiglio di Amministrazione.

Avevo anche preparato un articolo esplicativo che non è stato pubblicato e non mi chiedete il perché.

Non sto a raccontare quanto lavoro per rendere la vecchia polizza accettabile, quanto tempo dedicato a persuadere per continuare l'iscrizione e a rispondere ad iscritti e a presidenti di vari Ordini!

E voglio vedere cosa succederà in Commissione Paritetica ove siamo (o sono) riusciti a risolvere più della metà dei casi respinti.

Ma per concludere: questa polizza è troppo cara per una convenzione collettiva, ha garanzie accessorie che per la categoria medica sono quantomeno superflue e sarebbe stato opportuno, per quanto offerto a quella base, avere garanzie più sostanziose.

Non so se si è provveduto a migliorare le convenzioni con Istituti e Case di Cura per l'assistenza diretta che, per il loro piuttosto scarso numero, hanno determinato molte lagnanze nell'ultima polizza.

Le voci elencate nei Grandi Interventi sono 70 mentre ad esempio nella corrispettiva polizza AXA sono 106 e nella polizza di Mutua tre S sono 200.

Non sono ad esempio compresi per il cervello gli interventi per derivazione liquorale che hanno una certa frequenza, per l'esofago gli interventi sono limitati alle resezioni esofagee, all'esofago plastica al megaesofago e non sono compresi i diverticoli e le varici esofagee.

Molti altri esempi si potrebbero porre e ricordiamo ancora che non sono previsti scoperti e franchigie nella polizza AXA..

Nella polizza integrativa vengono inseriti anche gli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero, ma quali? Gli adamantinomi e gli odontomi che sono già compresi nella chirurgia maxillo facciale e le osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso. Voglio vedere l'odontoiatra con il regolo calcolatore e i certificati che verranno rilasciati.

Insomma a mio parere la polizza per il prezzo richiesto non è stata modellata per una platea così vasta come quella che ha aderito nel passato e per di più composta da medici.

Non ritengo in conclusione che questa polizza sarà gradita ai già iscritti e sono curioso di sapere quante saranno le adesioni.

Ai posteri l'ardua sentenza

Per quanto poi scrive l'amico Malagnino non me ne voglia se debbo porre alcune precisazioni su quanto ha indicato.

Innanzitutto la selezione del rischio lo vuole la Compagnia che si batte per l'antiselezione del rischio, ma questa posizione non è accettabile per polizze collettive con grandissima platea di aderenti, diversamente si finirebbe con annullare totalmente il rischio., e non è possibile mescolare progettualità che incidano su ambiti diversi e sembrano invadere le competenze statali e costituzionali.

Circa poi le percentuali di risparmio rispetto ai valori di mercato i valori indicati riguardano le polizze private individuali e quindi siamo al paragone con sostanze disomogenee.(ad esempio una polizza completa AXA per tutti gli interventi chirurgici, le malattie, tutti gli esami diagnostici, le

terapie ecc. costa ad un soggetto di 58 anni circa € 1.400 contro la stessa somma richiesta dalla nuova Convenzione per avere meno di metà delle garanzie)
A tua disposizione, un caro saluto.

Aurelio Grasso

00.

