

## Polizze assicurative: Interpretazioni

---

A seguito di segnalazioni di problemi interpretativi, pervenute dagli Associati riguardo ad alcune patologie, sono stati condotti approfondimenti con la Compagnia Assicurativa RBM ed il Provider Previmedical volti a chiarire le previsioni di polizza ed a pervenire a condivise interpretazioni delle previsioni medesime.

Si portano pertanto a conoscenza degli Assistiti le puntualizzazioni che ne sono derivate, in applicazione di un percorso di confronto e condivisione, pubblicate con News nella sezione Informativa del sito Uni.C.A.

### **NEVI E NEOFORMAZIONI CUTANEE** (data pubblicazione 09/09/2014)

Le visite **dermatologiche ed accertamenti diagnostici** devono essere supportati da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi di neo sospetto.

La richiesta di **asportazione di un nevo atipico o sospetto** dovrà essere supportata da relazione clinica contenente:

- la sede e la descrizione della lesione;
- la natura del sospetto (p.e.: asimmetria, bordi irregolari, colore variegato e disomogeneo, dimensioni superiori a 6 mm ed evoluzione o crescita);
- la modalità della procedura di asportazione (**non sono rimborsabili procedure estetiche** quali, ad es: diatermocoagulazione, laser o altre procedure estetiche);
- l'indicazione all'esame istologico.

### **MALATTIE MENTALI** (data pubblicazione 09/09/2014)

Sono rimborsabili le **visite specialistiche** (anche più di una) e **gli accertamenti diagnostici** effettuati per **accertare lo stato patologico dell'assistito** (malattia mentale/psichiatrica) e supportate da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi. La compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista.

La **psicoterapia** è rimborsabile **solo ed esclusivamente** per i sottoscrittori della **polizza EXTRA** entro i termini previsti dal Piano Sanitario.

## Polizze assicurative: Interpretazioni

### **MALATTIE MENTALI (segue)** (data pubblicazione 29/01/2015)

Laddove la malattia psichiatrica sia **già stata accertata**, non ne sia in discussione la natura/ le caratteristiche, e ci si trovi in presenza di mere visite di “controllo” (es: verifica dosaggio farmaci), **nulla dovrebbe essere a rigore rimborsato** (neanche per la garanzia **EXTRA**). Per quest’ultima, peraltro, in presenza di una specifica garanzia di “psicoterapia” (letteralmente terapia di cura di malattie psichiche), vengono **rimborsate** nell’ambito della garanzia specifica per la **psicoterapia** anche le **visite specialistiche** ulteriori rispetto all’iniziale accertamento della patologia, in ottica di maggior favore.

Sono da verificare caso per caso quelle situazioni in cui la visita specialistica psichiatrica non ha natura di mero controllo, ma serve a comprendere se la malattia ha subito un’evoluzione/trasformazione che comporti un diverso trattamento: queste situazioni, per definizione “border line”, sono le più difficili da interpretare, ed in questa prospettiva la produzione del referto dello specialista è indispensabile ai fini della valutazione della rimborsabilità o meno della spesa. Tra queste situazioni si annoverano le visite volte all’individuazione del più appropriato trattamento farmacologico a fronte di patologia accertata.

### **ALGIE O SINTOMI** (data pubblicazione 09/09/2014)

Per le **visite specialistiche** a fronte di algie/sintomi (ad es: lombosciatalgia, cervicalgia) volte a verificare **l’esistenza di una patologia** è richiesta la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi (non sono autorizzate prescrizioni con indicazione di sintomi vaghi e/o generici). La compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista. Lo “stato della patologia” rilevato non costituisce elemento di discriminazione per la rimborsabilità della prestazione.

Sono autorizzati/rimborsati gli **accertamenti strumentali** (radiologici o ecografici) rivolti ad **accertare l’origine del sintomo** (ad es. RMN per lombosciatalgia).

Si ricorda che, in tutti i casi, **la prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione**, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o di relazione contenente la diagnosi.

## Polizze assicurative: Interpretazioni

---

### VERIFICA TOLLERABILITA' CURE (data pubblicazione 29/01/2015)

Le visite/accertamenti cui un assistito si sottoponga per verificare la tollerabilità di specifiche cure o di farmaci **sono rimborsabili se assistite dall'indicazione della patologia in essere o presunta** che si vorrebbe curare e per la quale è necessaria la preventiva predetta verifica di tollerabilità.

### ASTENIA (data pubblicazione 29/01/2015)

Posto che l'astenia (senso di debolezza e affaticamento) è una sintomatologia, che può essere collegata a malattie, ma anche presentarsi in persone sane, per le più svariate ragioni, **non sono rimborsabili le spese sanitarie che poggiano sulla sola indicazione di "astenia"**, in quanto le nostre coperture presuppongono sempre l'indicazione della patologia in essere o del sospetto patologico.

### LASERTERAPIA (data pubblicazione 29/01/2015)

Posto che la laserterapia presenta diversi campi di applicazione, comprendenti sia la fisioterapia, che trattamenti in ambito dermatologico che alcuni interventi chirurgici, laddove la laserterapia **intervenga per eliminare/ridurre la persistenza di dolore a seguito di intervento chirurgico in esiti di frattura**, si è convenuto di essere in presenza di uno stato patologico "in forma acuta", e possano pertanto operare le coperture riportate a pag.24 del "raffronto piani sanitari".

### PRESIDI ORTOPEDICI (data pubblicazione 29/01/2015)

Posto che è stato riscontrato un disallineamento fra le indicazioni riportate, in punto protesi ortopediche ed acustiche, sul Prospetto Raffronto Piani sanitari (pag. 36) e sui testi polizza (pag. 14/58 Nota Informativa polizza EXTRA3): nel Raffronto sono indicati come rimborsabili i presidi ortopedici, nel testo delle polizze solo i presidi ortopedici erniari, **è stata convenuta l'interpretazione più favorevole per gli assistiti con copertura EXTRA**: saranno pertanto rimborsati tutti i presidi ortopedici.

### PLANTARI (data pubblicazione 24/03/2015)

Per i soli **assistiti con copertura EXTRA**: sono rimborsabili le spese sostenute per i **plantari fatti su misura in centri specializzati e dietro presentazione di certificato medico e documentazione tecnica**; non sono rimborsabili quelle per le calzature a plantare.

## Polizze assicurative: Interpretazioni

---

### VISITE DOMICILIARI (data pubblicazione 24/03/2015)

Al di là dei casi espressamente previsti (es. post grandi interventi), sono liquidate in tutti i **casi in cui l'interessato è impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio** (elemento che deve essere certificato dal medico curante o dalla struttura medica che lo aveva in cura) e nel caso di **visite specialistiche in età pediatrica** (sino ai 14 anni di età del bambino). Per quanto ovvio, ricordiamo che, come di consueto, la specializzazione del medico che effettua la visita deve essere attinente alla patologia in essere o sospetta

### INTERVENTI AMBULATORIALI (data pubblicazione 24/03/2015)

Laddove un intervento chirurgico ambulatoriale (intervento di chirurgia senza ricovero) sia **immediatamente preceduto da una visita** eseguita dal medesimo professionista che esegue l'intervento, tesa a verificare le condizioni del paziente e l'esistenza delle condizioni di procedibilità per l'intervento, questa **fa parte dell'intervento ambulatoriale** stesso e non può essere liquidata autonomamente.

### PARTO CESAREO SU VOLERE DELLA MADRE (data pubblicazione 24/03/2015)

Sotto il profilo liquidativo, il parto cesareo per volere della madre, non conseguente a patologie della madre o del nascituro che lo renderebbero necessario, **è rimborsato applicando le meno favorevoli condizioni del parto fisiologico.**

### MAC (data pubblicazione 09/08/2016)

**Macroattività Ambulatoriale Complessa**, le cui attività rappresentano una modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, dove diversi specialisti devono interagire in maniera coordinata. Questo modello organizzativo riguarda attività fino a ieri erogate in Day Hospital e/o in degenza ordinaria ma non sostituisce il regime ambulatoriale classico dove si effettuano singole prestazioni in un contesto non complesso. Le attività della MAC non sono di tipo chirurgico, possono essere prescritte solamente dagli specialisti della struttura in cui vengono effettuate.

La MAC pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario ma che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

## Polizze assicurative: Interpretazioni

### MAC (segue)

I diversi percorsi MAC, nell'ambito del dipartimento medico, possono essere sintetizzate e raggruppati secondo le seguenti indicazioni:

- paziente oncologico in trattamento chemioterapico
- pazienti che necessitano di manovre diagnostiche complesse
- pazienti che necessitano di terapie di supporto
- trattamento dei pazienti con patologie acute e croniche/riacutizzate

**In termini liquidativi, la MAC è equiparata ad un DH (Day Hospital) laddove sia esibita: la cartella clinica o la scheda di dimissione ospedaliera o un documento equivalente.**

### TEST GENETICI PRENATALI SU DNA FETALE: PRENATAL SAFE (data pubblicazione 09/08/2016)

Consiste in un prelievo di sangue materno nel quale va ricercato ed analizzato direttamente il DNA fetale circolante. Con questo test, la cui accuratezza è del 99%, è possibile individuare le principali anomalie cromosomiche: sindrome di Down (cromosoma 21), sindrome di Edwards (cromosoma 18), sindrome di Patau (cromosoma 13), nonché le anomalie riferite ai cromosomi X e Y. Inoltre è possibile individuare il sesso fetale.

Rappresenta una validissima alternativa nelle gravidanze in cui una diagnosi invasiva è controindicata per il rischio di aborto spontaneo; al contrario, in casi specifici in cui è necessario ricercare l'eventuale presenza di malattie genetiche ereditarie, resta necessario ricorrere ad esami invasivi quali amniocentesi e villocentesi, che restano raccomandati anche quando l'età della gestante è superiore a 35 anni.

In termini liquidativi, va osservato quanto segue:

- la prestazione è inserita fra le prestazioni di alta diagnostica: ne consegue che è necessario, per il suo rimborso, l'indicazione di una **“patologia in essere o sospetta”**, ovvero l'aver l'interessata più di 35 anni di età (in analogia con la disposizione relativa all'amniocentesi, di cui il Prenatal Safe costituisce alternativa).
- In assenza di patologia in essere o sospetta, sarà accettata la indicazione **“ricerca di alterazioni cromosomiche”, ove assistita da elementi oggettivi di evidenza di rischio potenziale.**

## Polizze assicurative: Interpretazioni

---

### **INFORTUNIO** (data pubblicazione 09/08/2016)

La polizza assicurativa (rif. "glossario") definisce l'infortunio come "*l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili*". Pertanto, affinché l'evento sia qualificabile come infortunio ai sensi di polizza devono ricorrere **3 cause concomitanti**:

- per "**fortuito**" si intende: "frutto del caso", "accidentale, non volontario", "non prevedibile o inevitabile";
- per "**violento**" si intende: "intenso e capace di danneggiare" (sono quindi escluse tutte le degenerazioni lente, come certe infiammazioni e gli sfilacciamenti);
- per "**esterno**": deve intendersi una "causa esogena e non interna al proprio corpo (stato patologico preesistente), ovvero un evento provocato da una forza esterna"

L'infortunio deve essere documentato da **Certificato di Pronto Soccorso** ospedaliero - e non da altra documentazione sostitutiva - che è un atto pubblico che fa piena prova delle circostanze in esso riportate.

Tuttavia, la circostanza che nel verbale di Pronto Soccorso sia riportato il termine "infortunio" non determina di per sé l'indennizzabilità del sinistro ai sensi di polizza; per capire se si è in presenza di un infortunio o meno ai sensi di polizza è necessario esaminare quanto riportato sul certificato di Pronto Soccorso e sull'eventuale documentazione medica integrativa.

Le situazioni nelle quali coesistono patologie ed eventi fortuiti, violenti ed esterni devono essere valutate caso per caso, alla luce della documentazione medica presentata.

Si ricorda, infine, che la polizza prevede espressamente casi di esclusione della copertura assicurativa, in caso di infortunio, al ricorrere delle circostanze specificate nell'ambito della sezione (**Prestazioni escluse**).

Di seguito alcuni esempi di eventi **riconducibili** alla definizione di infortunio ai sensi di polizza:

- Il certificato di pronto soccorso riporta: "Incidente sciistico con lussazione della spalla sinistra e contusioni"
- In bicicletta, attraverso un incrocio con semaforo verde; dalla strada ortogonale (perpendicolare) giunge un'auto che non rispetta il rosso e mi urta provocandomi una lesione
- Un oggetto mi cade addosso accidentalmente (senza averne provocato la caduta) e mi procura una lesione

## Polizze assicurative: Interpretazioni

---

### **INFORTUNIO** (segue)

Di seguito alcuni esempi di eventi **NON riconducibili** alla definizione di infortunio ai sensi di polizza:

- Incidente domestico, ma nel certificato del pronto soccorso viene anche specificato: “in estate episodio di lombalgia trattato con deltacortene, settimana scorsa a seguito di sforzo ricomparsa di lombalgia terapizzato con bentelanim. Oggi ricomparsa del dolore mentre stava riducendo assunzione di bentelan”
- Lesione subita per incidente stradale causato da guida in stato di ebbrezza
- Il certificato di pronto soccorso riporta "Lombosciatalgia causata dal sollevamento di una borsa"
- Il certificato di pronto soccorso riporta "algia spalla atraumatica"
- Il certificato di Pronto Soccorso evidenzia che “il dolore lombare si è accentuato mentre scendeva dalla macchina” e che il paziente è “già affetto da ernia del disco L4-L5 sinistra (diagnosticata dalla risonanza magnetica)”; la diagnosi è di lombosciatalgia.

---

Per tutto quanto non indicato si rimanda alla "**Guida all'Assistito**" disponibile al seguente indirizzo:  
Uni.C.A. - UniCredit Cassa Assistenza > Prestazioni > Servizio agli assistiti > Manuali operativi 2016-2017  
<https://unica.unicredit.it/it/prestazioni/servizio-agli-assistiti/manuali-operativi-2016-2017.html>

Gli assistiti potranno ripresentare, secondo l'iter consueto, un nuovo reclamo laddove si ritengano penalizzati da precedente decisione non in linea con le interpretazioni successivamente definite e pubblicate.

Uni.C.A. – Il Direttore