

LA “ TUTELA ” DELL’ARROGANZA

E’ NOTIZIA DI QUESTI GIORNI CHE L’AUTORITA’ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO HA COMMINATO **UNA SANZIONE DI 5 MILIONI DI EURO** NEI CONFRONTI DI **INTESA SANPAOLO RBM SALUTE**, COMPAGNIA ASSICURATIVA SPECIALIZZATA NELL’ASSICURAZIONE SANITARIA, E DI **UN MILIONE DI EURO** NEI CONFRONTI DI **PREVIMEDICAL – SERVIZI PER SANITA’ INTEGRATIVA SPA**, PROVIDER DI SERVIZI CUI E’ STATA AFFIDATA LA GESTIONE E LA LIQUIDAZIONE DELLE PRATICHE DI SINISTRO.

Le indagini sono state avviate a seguito della segnalazione di Altroconsumo, che aveva ricevuto circa 1.000 reclami tra gennaio 2018 e ottobre 2020, nonché dei risultati dell’attività di vigilanza svolta dall’Ivass, che aveva, a sua volta, constatato oltre 1.100 reclami nello stesso periodo. Inoltre, nel corso del procedimento, sono giunte all’Antitrust numerose richieste di intervento da parte di consumatori che lamentavano le stesse criticità.

Secondo l’Autorità, il comportamento di Intesa Sanpaolo RBM Salute e di Previmedical integra una pratica commerciale scorretta, in violazione degli articoli 20, comma 2, 24 e 25, comma 1, lett. d), del Codice del Consumo, perché le società hanno reso onerosa e difficile per i consumatori la fruizione delle prestazioni assicurative.

In particolare, dagli elementi raccolti nell’istruttoria, risulta che gli assicurati hanno dovuto fronteggiare respingimenti di richieste con motivazioni pretestuose, ritardi nelle risposte e nella gestione delle prestazioni dirette, ritiri di autorizzazioni già rilasciate, arbitrarie limitazioni introdotte nella prassi liquidativa, difficoltà a contattare l’assistenza clienti, che si è rivelata poco efficace. Di tali problemi le Parti erano consapevoli, atteso che, tra l’altro, durante l’ispezione l’Autorità ha rinvenuto delle mail dei dipendenti da cui si evince come alcuni dati percentuali di ritardo comunicati ai fondi sanitari (0,47%) non fossero corrispondenti al vero (in realtà la percentuale effettiva era pari al 15%). Inoltre, dalla documentazione acquisita risultano disagi per gli assicurati dovuti a richieste pretestuose di integrazione delle domande di rimborso - nonostante tutta la documentazione fosse già in possesso della società - nonché all’applicazione di regole diverse per ogni risarcimento a parità di prestazione.

È stata anche riscontrata l’adozione di procedure dilatorie per autorizzare prestazioni che prevedono cicli di più sedute, come nel caso delle terapie oncologiche, per cui i consumatori, anche quelli che necessitavano di cure urgenti, perché colpiti da gravi patologie, erano costretti ad inviare una specifica richiesta per ciascuna seduta del ciclo.

Quanto appurato dalle Autorità vigilanti interessate è di una gravità inaudita, soprattutto in un periodo di particolare attenzione alla salute pubblica, come quello che stiamo vivendo ormai da più di diciotto mesi. Intesa Sanpaolo si è inserita prepotentemente con la sua offerta di sanità integrativa privata, attraverso l’acquisizione nel maggio 2020 di RBM Assicurazione Salute da parte della controllata Intesa Sanpaolo Vita, pagando alla famiglia Favaretto ben **325 milioni di euro**, facendo nascere così Intesa Sanpaolo RBM Salute con 606 milioni di premi nel business della salute ed una quota mercato del **20,8%**.

Nel comunicato stampa dell’operazione si leggeva che:

“L’accordo consentirà alla clientela l’accesso a prestazioni sanitarie di qualità e servizi all’avanguardia, con sinergie distributive e di prodotto tra i canali del gruppo bancario e della fabbrica assicurativa”

Nicola Fioravanti AD di Intesa Sanpaolo Vita e Responsabile della Divisione Assicurativa del Gruppo Intesa Sanpaolo, nonché neo Presidente della nuova società, dichiarava:

“Intesa Sanpaolo RBM Salute sarà un polo di eccellenza, che saprà proporre un servizio di consulenza qualificata a tutti i clienti, specialmente in un mercato come quello italiano, dove il rapporto tra spesa intermediata da assicurazioni e spesa diretta di privati è inferiore alla media europea”.

Marco Vecchietti, AD di RBM Assicurazione Salute, indicato quale AD nella nuova Compagnia, in considerazione dell’esperienza acquisita nel settore, affermava:

“L’accordo odierno garantisce un supporto fondamentale allo sviluppo della Compagnia, dell’intero settore dell’assicurazione salute e della sanità integrativa, spesso invocate come possibili soluzioni ai problemi del sistema sanitario italiano. Nonostante i passi avanti fatti in questi anni, resta contenuta la diffusione della sanità integrativa (che finanzia solo il 9% delle cure private degli italiani) e dell’assicurazione sanitaria (che, invece, ne finanzia il 3,6%), a causa di un impianto normativo che non consente a tutti i cittadini di disporre di un secondo pilastro da affiancare alle tutele del Servizio Sanitario Nazionale”.

Vogliamo ricordare a questi top manager, pagati profumatamente di certo non sulla scorta delle loro competenze o conoscenze professionali, visti i danni provocati a posteriori, che proprio il Servizio Sanitario Nazionale con tutte le sue falle e carenze ci ha permesso la sostanziale tenuta durante una pandemia mondiale e che invece, in quelle regioni dove la sanità pubblica è stata violentata dalla sanità privata, anche grazie ad una classe politica locale corrotta ed incosciente, **si è pagato il più alto prezzo in vite umane.**

In una azienda, che dichiara di essere il miglior posto dove poter lavorare, ci piacerebbe leggere un comunicato stampa con le **dimissioni di questi manager**, oltre alle loro scuse non soltanto ai numerosi utenti per il pessimo servizio offerto, ma anche ai tantissimi colleghi delle filiali che **quotidianamente sono pressati dai “capetti” di turno proprio sulla vendita delle polizze assicurativo-sanitarie**, obbligati a contattare i clienti per redigere questionari assicurativi e collocare prodotti la cui inutilità è stata accertata da Autorità terze.

Ove ciò non dovesse accadere, lanciamo un invito al nostro CEO Carlo Messina di interessare le funzioni aziendali competenti affinché **collochino questi manager in settori della banca a minore impatto sociale.**

Invitiamo comunque tutti i colleghi a segnalarci anomalie e disservizi manifestati dai clienti, ma anche problematiche sorte con i rimborsi del nostro fondo sanitario integrativo, che si avvale di Previmedical per la gestione delle pratiche sanitarie.

C.U.B.-S.A.L.L.C.A. Credito e Assicurazioni

www.sallcacub.org sallca.cub@sallcacub.org

<http://www.facebook.com/SALLCACUB>