

Scienze SALUTE

Quasi quasi mi curo con la polizza

Assicurarsi contro le malattie. Per salvarsi dai tagli alla sanità. Ma non sempre conviene. Ecco come scegliere. Ed evitare fregature

DI ELENA BONANNI

Sarà anche una parola abusata, ma mai il termine giungla fu più appropriato come per descrivere le mille offerte di polizze malattia. Ognuna è diversa dall'altra. Hanno prezzi, servizi offerti, limiti di età e persino diversità geografiche (perché cambiando città può cambiare il rischio) così diversificati che è del tutto impossibile fare confronti appropriati. E, in materia di medicina, questa straordinaria diversificazione di offerte rischia di confondere l'aspirante assicurato e il probabile malato: difficile decidere a mente fredda e corpo in buon ordine cosa potrà diventare indispensabile nel caso sciagurato che ci ammaliamo. Perché ammalarsi vuol dire così tante cose e apre la strada a così tante opzioni diagnostiche e terapeutiche che è facile scegliere oggi qualcosa che domani non ci servirà, o viceversa trovarsi scoperti proprio su ciò che ci colpirà. Ma c'è una regola alla quale nessuna polizza sfugge: "Tanto paghi, tanto hai".

Perché non basta dire polizza malattia: bisogna andare a vedere cosa effettivamente viene coperto a fronte del premio pagato. Abbiamo chiesto a quattro compagnie (Axa, Generali, Unipol, Zurich) di formularci preventivi per i loro principali diversi livelli di copertura: Base, ovvero una polizza che copre ricoveri e interventi chirurgici, Top, che alla Base aggiunge anche le spese per le visite specialistiche e la diagnostica, e quella più economica che copre solo Grandi interventi. A Roma per una Base un cinquantenne in buona

salute paga in media 1.200 euro l'anno (vedi illustrazione accanto per i dettagli). E si garantisce l'équipe chirurgica più tutto quello che serve per il ricovero (come le cure, gli esami o le rette di degenza) e alcune prestazioni di assistenza.

Se si vogliono garanzie anche per l'alta diagnostica fuori ricovero (Tac, risonanze magnetiche, Pet, e così via) o per le visite specialistiche e di laboratorio fuori ricovero, si devono aumentare i massimali: lo stesso cinquantenne dovrà pagare in media 2 mila euro. Bisogna, però, andare a vedere bene cosa include davvero una polizza. Ad esempio la Top Zurich (Medicare) costa 2.300 euro; ha però un massimale a 500 mila euro e include sì le prestazioni extraospedaliere come l'alta diagnostica fuori ricovero, ma essa deve essere esplicitamente richiamata in polizza e ha limiti specifici: fino a 2.500 euro complessivamente per uno o più sinistri nello stesso periodo assicurativo e uno scoperto del 20 per cento delle spese stesse, con il minimo di 50 euro per ciascun sinistro, per accertamenti relativi a una stessa patologia. Insomma, levatevi dalla testa che una polizza, anche se Top

vi copra tutto, come fa, invece, il servizio sanitario nazionale quando funziona.

Chi voglia spendere il meno possibile può optare per la formula Grandi interventi chirurgici: in genere copre solo quegli interventi esplicitamente elencati in polizza (come la cardiocirurgia a cuore aperto, le rimozioni di neoplasie maligne e i trapianti di organi). Ma compagnia che vai polizza che trovi. Per esempio Generali nella formula Grandi interventi aggiunge le cure in ricovero per le malattie oncologiche anche senza intervento (con un massimale di 180 mila euro). Unipol non chiama la sua formula Grandi interventi, ma Gravi eventi morbosi e copre, oltre ai tumori, anche altre malattie come diabete e ustioni di terzo grado (con un massimale di 250 mila euro). Generali e Unipol, poi, includono obbligatoriamente l'alta diagnostica senza ricovero anche nei livelli di protezione più bassi della Top, per quanto con dei limiti e degli scoperti se il malato si rivolge a strutture non convenzionate. E questo è un punto caldo: gli esperti consigliano di verificare sempre quali sono i limiti di rimborso se decidiamo di rivolgerci a cliniche non convenzionate; spesso i massimali previsti sono inferiori ai costi e di solito non c'è l'assistenza diretta, quindi, prima si paga e poi si ha il rimborso.

Bisogna pertanto leggere sempre nelle pieghe del contratto, spesso non di immediata comprensione. Usciti dall'ospedale potremmo avere bisogno di fare ulteriori visite o esami connessi al ricovero. Il rimborso è consentito per prestazioni effettuate in genere entro 60-120 gior- ▶

COPRONO CHIRURGIA E DIAGNOSTICA. MA HANNO LIMITI SIA DI SPESA SIA DI TEMPO. MENTRE UNA TERAPIA PUÒ DURARE A LUNGO

E adesso chi paga?

CONFUSIONI TELEFONICHE

«Sono assicurato da anni ma ora voglio disdire tutto». L., 53 anni imprenditore edile, non nasconde l'arrabbiatura quando si trova in mano l'ingiunzione di pagamento per 3.700 euro della clinica dove è stato operato nel luglio 2010. Già perché più di due anni fa era stato dimesso convinto che il conto l'avrebbe saldato l'assicurazione, la Reale Mutua. Ma il suo intervento non è mai stato pagato. Il motivo? La calcolosi vescicale per la quale è stato operato è ritenuta, spiega l'assicurazione in una raccomandata, «conseguenza e recidiva di situazione preesistente alla stipula del contratto». Ovvero: era la conseguenza di quelle coliche addominali e renali che, però, nel questionario L. aveva denunciato e che perciò erano state escluse dalla polizza. Ma, secondo l'imprenditore edile il legame è tutto da dimostrare: il suo medico gli ha

precisato per iscritto: «I precedenti anamnestici del paziente riguardano coliche addominali e renali ma non calcolosi vescicale». Abbiamo chiesto del caso alla Reale Mutua che ha così precisato: «La nostra Società, previo parere dei consulenti medici, ha comunicato telefonicamente all'assicurato la nostra impossibilità a dare copertura, essendo la patologia denunciata esclusa dalla polizza in quanto conseguenza di situazione preesistente alla stipula del contratto in vigore». Ma la risposta non soddisfa l'avvocato Tiziana Sorriento, del Codacons Piemonte che replica: «Ammessi e non concesso che tale comunicazione verbale vi sia stata (il 12 luglio 2010), le pare che una comunicazione di una tale portata (non è operante la garanzia assicurativa) possa essere utilmente data per telefono?». E aggiunge: «Se la telefonata vi è stata,

perché in data successiva la casa di cura lo ha ricoverato in convenzione diretta Blue assistance?». Reale spiega così: «Sovente, esiste la possibilità di usufruire comunque di tariffe di convenzione, anche qualora il ricovero non sia incluso». Intanto L. ha deciso di non pagare e andare a processo.

FUORI TEMPO MASSIMO

«Ho scelto di fare l'intervento in una struttura pubblica. Il medico mi ha fissato la data ad agosto ma poi ho dovuto aspettare qualche mese per problemi dell'ospedale. L'assicurazione mi ha negato il rimborso delle prestazioni specialistiche effettuate tra giugno e luglio». Lo racconta un professionista che tramite la Cassa nazionale di categoria ha una polizza malattia Unisalute che prevede il pagamento delle spese per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici

TUTTI I CONTRATTI ESCLUDONO MALATTIE CONOSCIUTE E PREGRESSE. MA È

ni nella base e 100-150 nella Top. Oppure di assistenza infermieristica domiciliare. Non sempre inclusa in partenza: la protezione Base di Axa, per esempio, la considera una prestazione accessoria che deve essere indicata in polizza e per la quale deve essere corrisposto il relativo premio, mentre la Top rimborsa l'infermiere a casa «nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o intervento senza ricovero», purché le cure prestate dal sanitario siano inerenti alla malattia per la quale siamo stati ricoverati.

Quando si è in buona salute si fa fatica a focalizzare cosa in realtà potrebbe servirvi. Soprattutto perché l'estrema specializzazione di molte prestazioni mediche rende assai ostico poter anche solo immaginare eventuali decorsi terapeutici. Un caso emblematico sono le cure oncologiche che, in genere, sono coperte dalle polizze, ma sono sempre soggette a limiti specifici. Generali, ad esempio, nella Base oltre al ricovero paga le spese «rese necessarie dalla malattia oncologica stessa e sostenute entro i due anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie fino a concorrenza della somma assicurata di euro 6 mila». E anche nella Top parla di visite specialistiche e terapie

UN'ÉQUIPE MEDICA CONTROLLA DELLE RADIOGRAFIE. ALCUNE POLIZZE LE INCLUDONO

(radianzi e chemioterapiche) «rese necessarie dalla malattia, sostenute entro i due anni dall'ultima dimissione ospedaliera avvenuta comunque in vigenza di polizza». Certo, se la malattia si chiude in due anni, positivamente, sono tutti contenti, ma il più delle volte il cancro è faccenda lunga, soprattutto oggi che, con le molte terapie a disposizione, anche i tumori stanno diventando malattie croniche e i pazienti ricorrono alle cure reiteratamente negli anni, per poter stare in vita.

C'è poi un fronte di massima ambiguità. Tutte le assicurazioni precisano che la polizza non comprende malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati prima della stipulazione del contratto sottaciuti con dolo o colpa grave. Cruciale è qui la compilazione del questionario sullo stato di salute al momento del contratto: conviene sempre dire tutto. «Bisogna stare attenti anche alle Tac a esito positivo», consiglia Francesco Avallone, vicepresidente di Federconsumatori: «Dimostrano che al momento di farle eravamo sani, ma possono essere considerate segnale che l'assicurato già sospettava di avere una ma-

lattia prima di stipulare la polizza».

Se nel questionario viene dichiarata una patologia sarà la compagnia a doverla escludere esplicitamente. «Altrimenti ci si deve ritenere assicurati», spiega Francesco Paparella, presidente dell'Aiba (Associazione italiana broker di assicurazione e riassicurazione):

effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero e a esso correlati. Si legge nel contratto: «In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti e interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque a esso connessi». Una regola che all'assicurato è parsa chiara: «L'impossibilità per la struttura sanitaria pubblica», ha scritto alla compagnia in una raccomandata, «di far fronte all'intervento non prima del 4 novembre 2011, come è evidente, non esclude affatto che gli accertamenti siano stati eseguiti nei 90 giorni precedenti il (disposto ricovero) né la correlazione con l'intervento eseguito». Insomma, la signora aveva fatto gli accertamenti, scoperto che c'era qualcosa che non andava e che si sarebbe dovuta operare. Poi, l'ospedale le ha ritardato l'intervento e, sorpresa, l'assicurazione

non le rimborsa i test. Perché, replica: «Da disposizione contrattuali la copertura assicurativa si attiva dal giorno in cui si è verificato il fatto, che nel caso in oggetto è la data del ricovero (degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura)». E se i test sono stati fatti più di 90 giorni prima, se li paga l'assicurato. Come ci spiega il direttore generale di Unisalute Andrea Pezzi: si tratta di «prestazioni di specialistica effettuate al di fuori del limite temporale previsto dal contratto e che non presentano caratteristiche di screening pre operatorio». Ma la professionista non lo accetta e ribadisce: «Davvero io non capisco cosa voglia dire. Forse il direttore di Unisalute vuole sostenere che una visita ginecologica e una ecografia intravaginale per individuare posizione e ampiezza dei

miomi multipli che aggredivano il mio utero non sono screening pre operatorio per la miomectomia cui sono stata sottoposta». Sul piano medico è ovvio che sia così. Ma Unisalute si appella essenzialmente alle caratteristiche della polizza: una copertura assicurativa dove non sono comprese le prestazioni specialistiche extraricovero, ma solo quelle propedeutiche all'intervento e strettamente collegate. «Sappiamo quanto sia difficile per il cliente comprendere gli ambiti e le tipologie delle categorie di polizza», ha concluso Pezzi: «E come il concetto di patologia sia in realtà trasversalmente collegato alle prestazioni di diagnostica e ricovero, ed è per questo che i nostri prodotti, laddove abbiamo la possibilità di intervenire nella definizione delle garanzie, comprendono sempre entrambe le aree». Insomma, la ragion medica conta poco di fronte alla polizza.

DIFFICILE STABILIRE SE UN DISTURBO HA ORIGINI PRECEDENTI LA STIPULA

problemi, tornare a considerare l'assicurato in buona salute».

Tra le cabale più frequenti ci sono poi le «conseguenze dirette e indirette» di patologie pregresse dichiarate: in pratica non vengo rimborsato perché l'assicurazione ritiene la patologia una conseguenza di un'altra dichiarata ed esclusa.

E anche se l'assicurazione dà il via libera alla prestazione non siamo immuni da brutte sorprese. «Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'operatività o l'inefficacia dell'assicurazione l'assicurato sarà tenuto a rimborsare ad Axa le somme che questa abbia corrisposto a istituti di cura, centri diagnostici o medici convenzionati», si legge nel prospetto Base di Axa. E, pur con altre forme, in genere è precisato da molte compagnie. Che si tutelano perché con la documentazione clinica possono emergere patologie o situazioni che fanno scattare le esclusioni.

«Se ci sono problemi la strada legale è difficile», dice l'avvocato Dafne Lita della Lega Consumatori: «Suggerisco di battersi sulla condizione medica senza

arrendersi al primo no. Nel momento in cui c'è un contenzioso chiedete per esempio di fare una visita medica. Ma certo cruciale è sempre il questionario. Per me due sono le strade migliori: sottoporsi ad analisi mediche dettagliate e produrre un certificato da allegare alla polizza oppure mettersi a disposizione di un medico fiduciario della compagnia».

Alcune cure, come quelle per la depressione o l'infertilità, sono in genere escluse a priori, così come chi quelle per l'alcolismo o addirittura l'Aids. Come è escluso chi semplicemente è troppo vecchio: i 75 anni sono la soglia critica in entrata e in rinnovo. E peggio ancora va se si è anziani e un po' malandati: un 65enne con bypass farà certamente fatica a trovare un'assicurazione.

Ma almeno le esclusioni sono chiare. C'è, invece, la zona grigia di un'eventuale malattia che si manifesta, e che, forse, covava sotto la cenere. Spiega Paparella: «In questo caso le compagnie di solito non disdicono a scadenza del contratto ma procedono al rinnovo in modo automatico. Tuttavia, per avere la certezza possiamo assicurarci per un periodo maggiore, non uno ma cinque anni, ad esempio». E poi? Se stiamo bene lo rinnoviamo. Sennò, chissà. ■

«In alcuni casi le compagnie possono decidere l'esclusione solo per il primo anno, soprattutto quando ci sono predisposizioni. Per esempio, il colesterolo alto, che va dichiarato, ha implicazioni per le malattie del cuore e la compagnia può escluderle del tutto o solo per un anno per poi, in assenza di

Più spendi più hai

Premi annui* per alcune polizze malattia

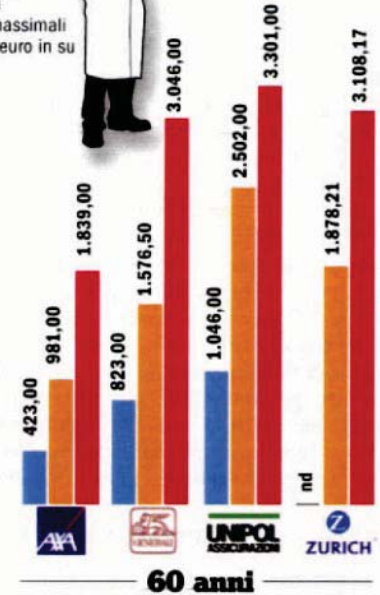
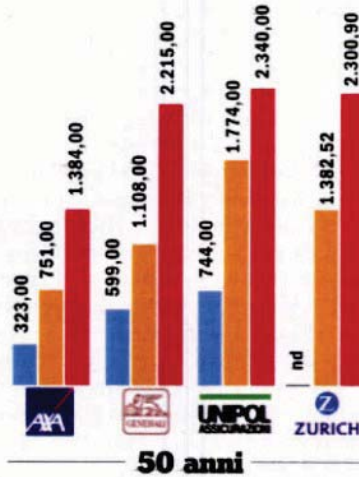
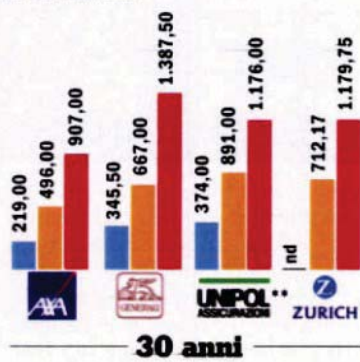
Grandi Interventi
Operazioni chirurgiche complesse (solo intervento)

Formula Base
Spese per ricoveri e interventi chirurgici. È previsto un massimale che va dai 50 mila ai 100 mila euro

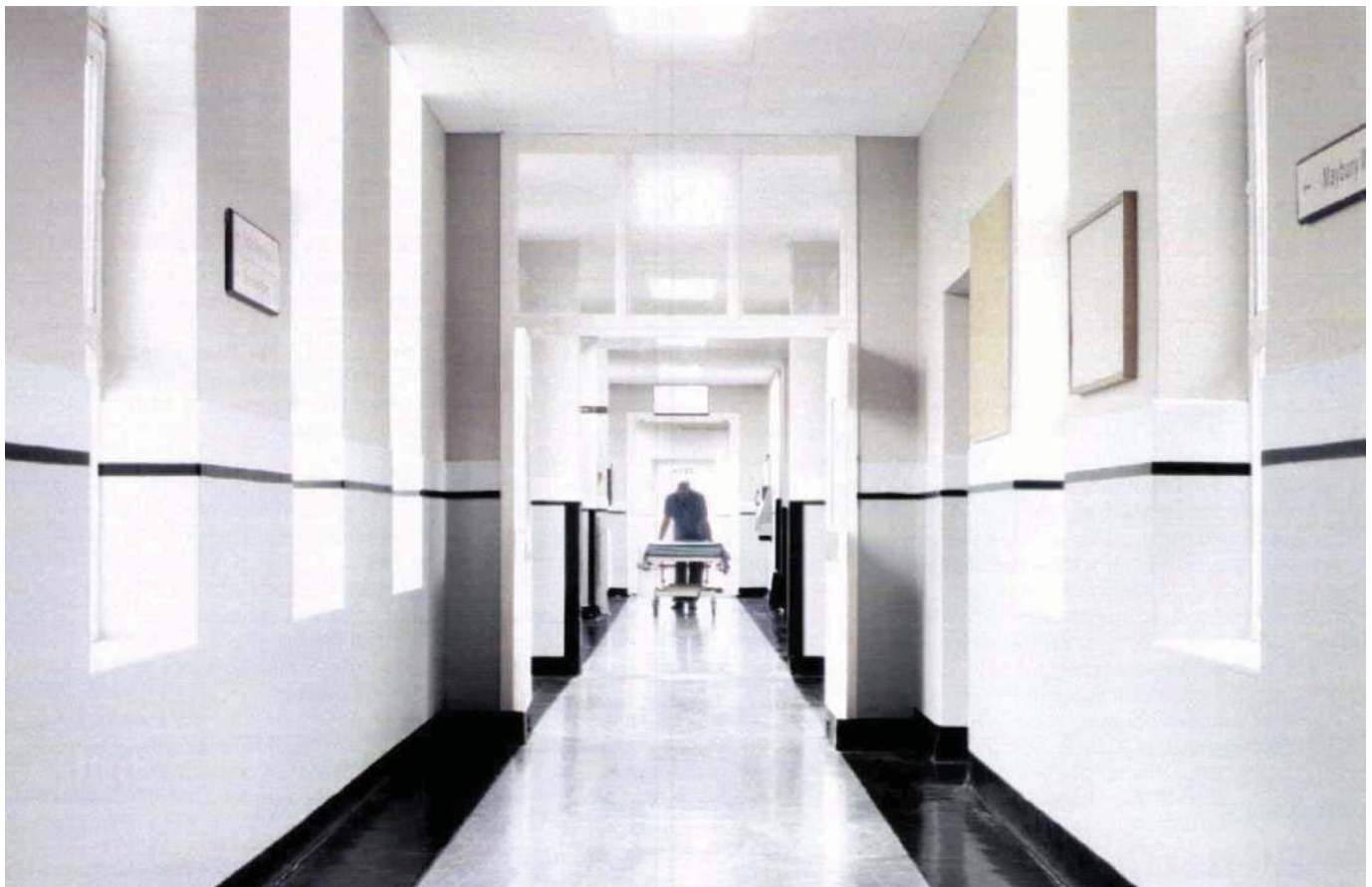
Formula Top
Spese della Base più garanzie aggiuntive come l'alta diagnostica non connessa a ricovero e massimali dai 250 mila euro in su

*preventivi in euro per soggetti di buona salute, senza franchigie. I premi tra le diverse compagnie corrispondono a prodotti modulati in maniera diversa per tipologie di garanzie, massimali e prestazioni

** Prevede la copertura per l'alta diagnostica senza ricovero già nella Formula Base



Fonte: nostra simulazione su dati forniti dalle diverse compagnie



MEDICINA

Aids, avanti col vaccino:
funziona con le scimmie

Bianchi a pag. **13**

Riesce a bloccare la moltiplicazione delle cellule infette

Il vaccino contro l'Aids funziona con le scimmie

DI **ETTORE BIANCHI**

Sta facendo progressi la ricerca del vaccino contro l'Aids. Si tratta di piccoli ma concreti passi nella sperimentazione sulle scimmie, che però fanno ben sperare in un'eventuale applicazione all'uomo. Un vaccino è stato messo a punto da un'equipe franco-cinese diretta dal professor **Jean-Marie Andrieu**, dell'università di Parigi, e da **Louis Wei Lu**, direttore all'Istituto di ricerca per lo sviluppo di Montpellier. Il vaccino, testato sul macaco, è stato in grado di proteggere 15 esemplari su 16 dal virus dell'immunodeficienza acquisita della scimmia, che equivale all'Aids nell'essere umano. Come spiegano gli scienziati coinvolti nel progetto, si tratta di un lavoro interessante e promettente, con un approccio originale. Il vaccino può essere somministrato per bocca e, quindi, non sono necessarie iniezioni. In poche parole, esso neutralizza l'attivazione delle cellule infette necessarie alla moltiplicazione del virus.

Le ragioni per le quali finora non vi sono stati risultati soddisfacenti nelle sperimentazioni di vaccini sono da ricercarsi nel fatto che il virus ha caratteristiche uniche, che lo rendono inaccessibile una volta entrato nell'organismo. La proteina alla superficie della sua membrana, estremamente variabile da un virus all'altro, fa fallire i tentativi di riconoscimento da parte del sistema immunitario. Inoltre il virus distrugge le cellule cruciali per

la risposta immunitaria, i linfociti T4. Però c'è un punto debole che è stato scovato dai ricercatori francesi e cinesi: per riprodursi, l'Aids deve aspettare che la cellula che infetta si attivi essa stessa. Gli scienziati, rendendo l'organismo capace di disattivare le proprie cellule infette, uccidono dentro l'uovo ogni moltiplicazione del virus. Questa operazione è prodotta dai batteri intestinali che devono indurre una tolleranza dell'organismo. L'esperimento è consistito nell'esporre l'intestino delle scimmie a forti concentrazioni di una fonte batterica in presenza del virus disattivato. A distanza di tre anni tutte le scimmie sono rimaste indenni dal virus, tranne una. Quest'ultima, ancora viva, era quella che nei test non aveva sviluppato alcuna tolleranza. Quanto al passaggio all'uomo, rimangono delle incertezze derivanti dal fatto che il virus umano varia parecchio rispetto all'equivalente della scimmia. Inoltre i macachi resistono di più all'infezione. In ogni caso, i ricercatori ritengono che il tentativo possa essere fatto.

—© Riproduzione riservata—



Influenza, l'Italia a letto arriva la settimana nera e il vaccino ha fatto flop

Boom di rinunce dopo l'allarme sulla sicurezza dei farmaci

Impennata di casi soprattutto tra i bambini. «Ma ormai è troppo tardi per prevenire»

MICHELE BOCCI

INCONTRO all'influenza con un quarto di vaccinati in meno rispetto all'anno scorso. La prossima settimana è atteso il picco della malattia stagionale e l'Italia lo affronta con un numero mai così alto di persone a rischio, perché colpite da malattie croniche e importanti, che non hanno fatto la prevenzione. La tendenza a non vaccinarsi già iniziata dopo il falso allarme "suina" del 2009 è stata accentuata dopo l'estate dal caso Crucell, scoppiato a metà di ottobre, e soprattutto da quello Novartis, di una decina di giorni dopo. La prima azienda aveva denunciato problemi di sterilità su alcuni lotti, ritirando il suo vaccino. La seconda venne bloccata a consegne già avvenute, perché c'erano rischi di anomalie di alcuni gruppi di fiale. Il secondo allarme poi è stato ritirato ma ormai l'immagine dei prodotti che ser-

vono a prevenire l'influenza era compromessa, proprio all'inizio della campagna vaccinale.

La Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia, stima che quest'anno è stato fatto circa il 25% dei vaccini in meno (con punte del 60% al sud) rispetto all'anno scorso, quando la copertura delle persone a rischio è stata del 65%. I dati ufficiali, sottolineano dall'Istituto superiore di sanità (Iss), ancora non ci sono ed è presto per sbilanciarsi. Se fosse vera l'ipotesi dei dottori, si sarebbero vaccinati solo metà di coloro che hanno problemi di salute o più di 65 anni. Sarebbe un flop storico. Anche nelle farmacie, a cui si rivolge chi pagano perché non è a rischio, c'è stato un crollo di vendite.

Quest'anno le forme influenzali sembrano simili a quelle del passato. Il picco ci sarà dalla quinta settimana dell'anno, a cavallo tra gennaio e febbraio. La curva di incidenza sta salendo, soprattutto nella classe fino a 4 anni. Nella seconda settimana del 2013 sono stati colpiti 1,1 bambini su 100, quella successiva, che arriva fino

all'altro ieri, il dato è salito a quasi 1,9. In tutto, fino ad oggi, si sono ammalate un milione e 650mila persone.

«Non c'erano motivi per non vaccinarsi — dice Stefania Salmaso, direttore del Centro di epidemiologia Iss — Adesso molte persone a rischio sono scoperte». Per fare il vaccino è ormai troppo tardi: per diventare efficace ci mette da una settimana (negli anziani) a una ventina di giorni (nei bambini). «Può forse valere la pena per chi ha gravi problemi — dice Giacomo Milillo della Fimmg — Ma bisogna valutare caso per caso. Si è capito subito che la campagna sarebbe andata male. Ci vorrà tempo per ricostruire una cultura della vaccinazione nel nostro paese». La paura per la recente grande diffusione del virus negli Usa nei giorni scorsi ha spinto molti ad andare dal medico. «Il virus da noi non sembra particolarmente potente, o diverso dagli anni passati, l'epidemia sembra di media intensità — spiega Gianni Rezza, infettivologo dell'Iss — Negli Usa è arrivato un H3N2 un po' cambiato rispetto all'anno scorso, e quando aumenta il numero dei casi, arrivano anche quelli gravi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'influenza

1 milioni e 650mila

Gli italiani che hanno preso l'influenza fino ad oggi

380 mila

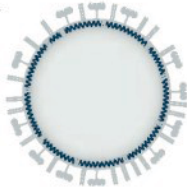
Quelli che si sono ammalati nell'ultima settimana

5°-7° settimana del 2013

Il periodo in cui è previsto il picco stagionale di incidenza

0-4 anni

La fascia di età in cui la malattia ha colpito più persone



65 %

Le persone che si sono vaccinate l'anno scorso

25 %

Il calo del numero dei vaccinati rispetto all'anno scorso secondo la Fimmg, la federazione dei medici di famiglia

60 %

Il calo in alcune regioni del sud

7 -20 giorni

I tempi necessari a sviluppare la copertura dopo aver preso il vaccino a seconda che si tratti di anziani o bambini

Incidenza dell'influenza per classi di età nella stagione 2012- 2013

