



Polizza di tutela sanitaria triennio 1/4/2019 - 31/3/2022: una copertura con tante garanzie

di Dario Lolli e Santino Bonfiglio

Nel nuovo Regolamento per l'erogazione dell'Assistenza, approvato con nota Ministeriale del 25 settembre 2015-G. U. Serie generale n. 240 del 15/10/2015 unitamente alle nuove possibilità di intervento in favore dell'Avvocatura, trova collocazione all'art 10co.1 lett.a), nell'ambito delle prestazioni a sostegno della salute, la polizza di tutela sanitaria per i gravi interventi chirurgici e dei gravi eventi morbosi. Tale disposizione sancisce e conferma il ruolo di principale prestazione assistenziale della polizza Sanitaria, attiva sin dal 2001, anno in cui per la prima volta Cassa Forense, con onere a proprio carico ha sottoscritto la Polizza collettiva in forma gratuita ed automatica per tutti gli iscritti alla Cassa, con possibilità di estensione della medesima garanzia al nucleo familiare.

All'inizio si mise a disposizione degli iscritti e dei loro familiari una copertura assicurativa base che riguardava prestazioni integrative dell'assistenza fornita dal Servizio Sanitario relativamente ai grandi interventi chirurgici ed i gravi eventi morbosi elencati in un nomenclatore completo ed esauriente. A partire dal 2007, Cassa forense ha affiancato al Piano sanitario base una convenzione per la polizza sanitaria integrativa, con onere a carico dell'iscritto e possibilità di estensione al nucleo familiare, che prevedeva che la garanzia fosse operante per tutte le forme di ricovero, con o senza intervento chirurgico, parto, alta diagnostica, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, check-up ed ulteriori servizi di informazione sanitaria.

Durante questo periodo la polizza si è arricchita costantemente di coperture sempre più importanti per gli iscritti con l'inclusione nella copertura assicurativa finanche della c.d. garanzia oncologica con cui la Compagnia provvede alla liquidazione delle spese sostenute per malattia oncologica con il pagamento diretto ed integrale alle strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza oppure il rimborso, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate, delle spese, non altrimenti rimborsabili a termini di polizza come garanzia per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, dovute a malattia oncologica effettuate in regime di degenza di ricovero o day hospital. Altro importante riferimento contenuto tra le disposi-

zioni contrattuali della Polizza, cui gli iscritti hanno fatto spesso ricorso durante la vigenza della copertura sanitaria, riguarda la funzione assegnata alla Commissione Paritetica Permanente, preposta alla risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, composta da quattro membri designati due da Cassa Forense e due dalla Compagnia. Tra i compiti della Commissione vi è anche la verifica sull'andamento tecnico della Polizza, l'esame della gestione amministrativa delle controversie aventi ad oggetto l'obbligo di indennizzo, la tipologia e la durata della malattia o infortunio, la misura dei rimborsi e liquidazioni dell'indennità.

Durante questi anni, le varie Commissioni Paritetiche che si sono susseguite hanno svolto un importante lavoro sia a carattere interpretativo della clausole contrattuali contenute nelle condizioni di polizza, dirimendo eventuali contrasti tra gli assicurati e la Compagnia sia a carattere innovativo, ossia cercando di aggiornare il nomenclatore includendovi sempre più interventi chirurgici effettuati con moderne tecniche chirurgiche all'avanguardia in sostituzione di processi operatori ormai desueti e non più praticabili.

La polizza prevede che la garanzia operi, in forma diretta o indiretta, in conseguenza di ricovero per grande intervento chirurgico e di ricovero per grave evento morboso o per malattia oncologica. La copertura comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza del Piano sanitario, diagnosticate o meno.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare un **grande intervento chirurgico** può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria,

	materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che ha comportato il ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza Infermieristica Privata Individuale	Assistenza infermieristica individuale fino ad un massimo di € 2.600,00 per anno assicurativo
Post-ricovero	Spese sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia ed effettuate da medici convenzionati, le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. In questo caso quindi non sono operanti i massimali previsti per ogni singolo intervento elencati al successivo allegato A "Elenco grandi interventi chirurgici" (c.d. **garanzia diretta**).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia ed effettuate da medici non convenzionati, le prestazioni vengono rimborsate nel limite dei massimali previsti per ogni singolo intervento elencati nell'allegato A "Elenco grandi interventi chirurgici", delle condizioni di Polizza (c.d. **garanzia a rimborso**). In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per rette di degenza trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero. In que-

sto caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero per un massimo di 30 giorni (c.d. **indennità sostitutiva**).

La copertura comprende, inoltre, **gli eventi morbosi** che determinano un ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare alla condizione che, anche se insorti precedentemente alla data di decorrenza del Piano sanitario, siano stati diagnosticati per la prima volta in costanza di assicurazione messa a disposizione da Cassa Forense in favore di tutti gli iscritti Assicurati con le diverse Compagnie che, nel corso degli anni, si sono susseguite nella gestione della copertura assicurativa a decorrere dalla data di copertura dell'assicurato, comunque non antecedente al 1° aprile 2001, e che comportino una riduzione permanente della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66% della totale, comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Compagnia. Ai fini dell'operatività della garanzia, l'Assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per un grave evento morboso può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dal grave evento morboso che ha determinato il ricovero.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Spese sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni

<p>infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, e in generale tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.</p>

Per il prossimo triennio dall'1.4.2019 al 31.3.2022 Cassa Forense, a seguito di aggiudicazione di una gara europea, ha stipulato con Unisalute S.p.A., in favore dei propri iscritti, la polizza sanitaria collettiva "grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi" (c.d. Polizza Base).

Come noto, la polizza è **automatica e gratuita** per tutti gli Avvocati, Praticanti e Pensionati iscritti a Cassa Forense alla data del 1.4.2019 e può essere estesa, con onere a carico dell'iscritto, a tutti i familiari conviventi, con limite di età fissato a 90 anni, previo pagamento di un premio annuo pari ad € 150,00 *pro capite*.

I pensionati di Cassa Forense cancellati dagli Albi e i superstiti di avvocato (titolari di pensione di reversibilità o indiretta), invece, possono aderire alla copertura sanitaria, con premio a proprio carico, con possibilità di estensione della garanzia assicurativa per i rispettivi nuclei familiari, sempre con limite di età fissato a 90 anni e con il versamento del medesimo premio di € 150,00 *pro capite*.

Di seguito vengono riportate tutte le novità e le integrazioni apportate alla copertura sanitaria base rispetto alla polizza vigente fino alla data del 31/3/2019.

Precisamente, la nuova copertura sanitaria base prevede l'inserimento di nuovi ulteriori grandi interventi chirurgici ed è stato previsto un incremento economico, rispetto alla copertura precedente, della diaria giornaliera di ricovero, che aumenta da € 105 per i grandi interventi a € 195 e da € 80 ad € 170 per ricovero per grave evento morboso e malattia oncologica.

Altra novità riguarda l'aumento dei massimali della garanzia oncologica in assistenza indiretta che aumenta da 16.000 ad € 19.500 per i ricoveri con intervento e da € 11.000 ad € 14.500,00 per i ricoveri senza intervento (chemio, radio, cure oncologiche). Per la prima volta, inoltre, si è provveduto ad inserire in garanzia la c.d. *indennità di convalescenza*, che prevede la corresponsione, nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico, grave evento morboso o garanzia oncologica, di un indennizzo pari ad € 50,00 per ogni giorno successivo alle dimissioni dall'istituto di cura per un numero di giorni

massimo pari a quello del ricovero nel caso in cui l'assicurato non risulti in grado di provvedere a tre dei quattro atti della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, deambulare e nutrirsi). Altra integrazione intervenuta rispetto al passato riguarda l'inserimento nella polizza base di alcune prestazioni extra ospedaliere, per cui è previsto un massimale annuo a disposizione di € 2500 a persona e che riguardano: ecocolordoppler; risonanza magnetica nucleare; scintigrafia; Tac, accertamenti, appunto, che precedentemente erano ricomprese soltanto nella copertura integrativa e, pertanto, fruibili con onere a carico dell'iscritto.

Altra novità, sempre nell'ottica di includere nel piano sanitario base importanti prestazioni in precedenza ricomprese nel piano integrativo, riguarda l'inserimento del Check-up annuale per gli assicurati presso le strutture convenzionate con la Compagnia e con eventuale riscontro a carico della Compagnia mediante invio di screening personalizzato.

Per quanto riguarda invece il piano integrativo la novità è rappresentata dalla possibilità di scelta tra due distinte coperture assicurative la prima con premio meno elevato e maggiori scoperti e/o franchigie (Polizza A) e la seconda con premio più elevato e minori scoperti e/o franchigie (Polizza B). Rispetto al piano integrativo vigente nelle precedenti annualità è stato aumentato il limite di età per adesione alla polizza integrativa da 80 a 85 anni, provvedendosi a determinare il premio per fasce di età ed aumentando i massimali per prestazioni di alta diagnostica da € 8.000,00 ad € 10.000,00 e per visite specialistiche da € 2.500,00 ad € 5.000,00, con possibilità, altresì, di beneficiare della garanzia per visite specialistiche anche in forma rimborsuale, ossia in assistenza indiretta.

Queste le differenze, in linea di massima tra la copertura integrativa A) e B):

- nel caso di ricovero in assistenza diretta, nella polizza integrativa A è prevista una franchigia di € 500,00, nella polizza integrativa B il pagamento diretto ed integrale delle spese da parte dell'assicurazione, mentre nella precedente polizza integrativa era prevista una franchigia di € 700,00;
- nel caso di ricovero in assistenza indiretta, nella polizza integrativa A è prevista una franchigia del 20% con

32

il minimo non indennizzabile di € 1.000,00, nella polizza integrativa B una franchigia del 20% senza minimo non indennizzabile, mentre nella precedente polizza integrativa era prevista l'applicazione di una franchigia del 30% con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00;

- per gli interventi ambulatoriali, mentre in precedenza era previsto uno scoperto di € 850,00, nella polizza integrativa A è prevista in assistenza diretta l'applicazione di una franchigia di € 500,00 ed in assistenza indiretta di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 500,00; nella polizza integrativa B è previsto in assistenza diretta il pagamento diretto ed integrale delle spese da parte dell'assicurazione ed in assistenza indiretta uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 500,00;
- nella polizza integrativa B, nel caso in cui non venga richiesto alcun rimborso a carico della polizza, per ricoveri con o senza intervento chirurgico, si potrà richiedere una indennità sostitutiva pari ad € 195,00 per ogni giorno di ricovero, garanzia quest'ultima precedentemente non prevista;
- nel caso di adesione alla polizza integrativa B, si otterrà l'incremento del 50% dei massimali previsti per i grandi interventi chirurgici della polizza sanitaria base;
- nel caso di adesione alla polizza integrativa B, si otterrà l'incremento di ulteriori 30 giorni del limite temporale già previsto per le prestazioni pre e post ed è stata inserita la garanzia per trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio, con massimale annuo pari ad € 1.000,00 precedentemente non prevista.

I premi annui per la Polizza Integrativa A, previsti per fasce di età, sono così determinati:

- a. Assicurati entro i 40 anni di età € 441,60
- b. Assicurati da 41 a 60 anni di età € 625,60
- c. Assicurati da 61 a 70 anni di età € 1.104,00
- d. Assicurati da 71 a 85 anni di età € 1.472,00

I premi annui per la Polizza Integrativa B, previsti per fasce di età, sono così determinati:

- e. Assicurati entro i 40 anni di età € 625,60
- f. Assicurati da 41 a 60 anni di età € 920,00
- g. Assicurati da 61 a 70 anni di età € 1.472,00
- h. Assicurati da 71 a 85 anni di età € 1.932,00

Le suindicate estensioni/adesioni potranno essere per-

fezionate tramite apposita modulistica o con modalità telematiche direttamente dal sito di Cassa Forense (www.cassaforense.it), fermo restando il pagamento dei relativi premi da effettuarsi entro e non oltre il 7 giugno 2019. ■