



*Autorità Garante  
della Concorrenza e del Mercato*

L'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

NELLA SUA ADUNANZA del 13 luglio 2021;

SENTITO il Relatore Professor Michele Ainis;

VISTA la Parte II, Titolo III del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206, recante “*Codice del Consumo*” e successive modificazioni (di seguito, Codice del Consumo);

VISTO il “*Regolamento sulle procedure istruttorie in materia di pubblicità ingannevole e comparativa, pratiche commerciali scorrette, violazione dei diritti dei consumatori nei contratti, violazione del divieto di discriminazioni e clausole vessatorie*” (di seguito, Regolamento), adottato dall’Autorità con delibera del 1° aprile 2015;

VISTO il proprio provvedimento del 17 novembre 2020, con il quale è stato disposto l’accertamento ispettivo, ai sensi dell’art. 27, commi 2 e 3, del Codice del Consumo, presso le società Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.A.;

VISTO il proprio provvedimento del 26 gennaio 2021, con il quale, ai sensi dell’art. 7, comma 3, del Regolamento, è stata disposta la proroga di sessanta giorni del termine di conclusione del procedimento, per particolari esigenze istruttorie;

VISTO il proprio provvedimento del 27 aprile 2021, con il quale, ai sensi dell’art. 7, comma 3, del Regolamento, in accoglimento delle istanze di proroga del termine per la presentazione di memorie conclusive e documenti formulate dalle società Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.A., è stata disposta la proroga di trenta giorni del termine di conclusione del procedimento al fine di assicurare alle stesse società l’esercizio dei diritti di difesa e un adeguato contraddittorio;

VISTI gli atti del procedimento;

## I. LE PARTI

**1.** Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., già RBM Assicurazione Salute S.p.A.<sup>1</sup> (di seguito, anche “ISP RBM” o “la Compagnia”), in qualità di professionista, ai sensi dell’art. 18, comma 1, lettera *b*), del Codice del Consumo.

ISP RBM è una compagnia assicurativa specializzata nell’assicurazione sanitaria con una rilevante posizione di mercato in tale ramo per raccolta premi e per numero di assicurati, in larga parte riconducibile alle convenzioni assicurative stipulate con aziende, finalizzate a offrire al proprio personale forme di assistenza sanitaria integrativa al Servizio Sanitario Nazionale.

Il professionista, secondo il bilancio di esercizio al 31 dicembre 2020, ha incassato premi di competenza lordi per circa 495,3 milioni di euro e ha realizzato un utile d’esercizio di circa 61 milioni di euro.

**2.** Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. (di seguito, anche “Previmedical” o “il Provider”), in qualità di professionista, ai sensi dell’art. 18, comma 1, lettera *b*), del Codice del Consumo.

Previmedical è il Provider di servizi al quale ISP RBM ha esternalizzato la gestione dei sinistri, che opera come *Third Part Administrator* (“TPA”), fornendo la gestione dei servizi amministrativi, liquidativi, informatici e consulenziali a favore di fondi, casse e compagnie assicurative operanti nei settori della sanità integrativa, dell’assistenza, degli infortuni, dell’invalidità e della non autosufficienza. Coordina il *network* di strutture sanitarie e gestisce i sinistri di ISP RBM sulla base di un contratto di *outsourcing*.

Il professionista, secondo il bilancio di esercizio al 31 dicembre 2020, ha conseguito un fatturato di circa 31,4 milioni di euro e un utile d’esercizio di circa 483.000 euro.

**3.** Altroconsumo, in qualità di associazione di consumatori segnalante.

---

<sup>1</sup> In data 11 maggio 2020, Intesa Sanpaolo Vita ha rilevato il 50% più 1 azione del capitale sociale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., acquisendone il controllo esclusivo. La Compagnia ha cambiato denominazione in Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. ed è entrata a far parte della Divisione Assicurativa di Intesa Sanpaolo. Intesa Sanpaolo RBM Salute è soggetta alla direzione e al coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita, la capogruppo assicurativa del Gruppo Intesa Sanpaolo.

## II. LE PRATICHE COMMERCIALI

4. Il procedimento concerne la pratica commerciale posta in essere dai professionisti nell'offerta di servizi assicurativi, consistente in condotte e omissioni volte a ostacolare l'esercizio dei diritti derivanti dal rapporto contrattuale.

Inoltre, nell'avvio del procedimento era stata contestata anche la pratica commerciale avente ad oggetto l'ingannevolezza di un messaggio pubblicitario diffuso a mezzo stampa dove la "*POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM*" è prospettata come soluzione a chi è "*stufo dei tempi del Servizio Sanitario Nazionale*".

## III. LE RISULTANZE DEL PROCEDIMENTO

### 1) *L'iter del procedimento*

5. In relazione alle condotte sopra descritte, in data 17 novembre 2020 è stato disposto l'avvio del procedimento istruttorio n. PS/11828 nei confronti di ISP RBM e Previmedical, per possibile violazione degli artt. 20, comma 2, 21, 22, 24 e 25, comma 1, lettera d), del Codice del Consumo.

6. L'avvio del procedimento istruttorio è stato comunicato ai professionisti in data 25 novembre 2020, giorno in cui sono stati svolti accertamenti ispettivi presso le sedi legali dei professionisti<sup>2</sup>.

7. In data 14 dicembre 2020, ISP RBM ha effettuato l'accesso agli atti del procedimento. Nelle date del 17 e 22 dicembre 2020, 8, 12 e 19 febbraio, 16 aprile, 7, 10, 17 e 20 maggio, 22 giugno 2021, hanno avuto accesso agli atti del procedimento sia Previmedical che ISP RBM.

8. ISP RBM e Previmedical hanno fornito riscontro alla richiesta di informazioni formulata nella comunicazione di avvio del procedimento, rispettivamente, con memorie del 16 e 24 dicembre 2020.

9. In data 11 gennaio 2021, ISP RBM e Previmedical hanno presentato impegni volti a rimuovere i profili di scorrettezza delle pratiche commerciali oggetto di contestazione.

10. Il 18 gennaio 2021 è pervenuta una comunicazione di ISP RBM avente ad oggetto il messaggio pubblicitario "*POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM*".

---

<sup>2</sup> Presso ISP RBM l'ispezione si è protratta fino al 26 novembre 2020.

**11.** Nell'adunanza del 26 gennaio 2021 l'Autorità, ritenendo sussistente l'interesse a procedere all'accertamento delle eventuali infrazioni, ha rigettato le proposte di impegni di ISP RBM e Previmedical e, il successivo 29 gennaio, ne è stata data comunicazione ai professionisti.

**12.** Nella stessa data del 29 gennaio 2021 è stata comunicata alle Parti la proroga di sessanta giorni del termine di conclusione del procedimento per esigenze istruttorie.

**13.** Il 12 aprile 2021 si è tenuta l'audizione di ISP RBM.

**14.** In data 15 aprile 2021 è stata comunicata alle Parti la data di conclusione della fase istruttoria, ai sensi dell'art. 16, comma 1, del Regolamento, fissandola al 30 aprile 2021.

**15.** Con istanze del 16 e 20 aprile 2021, ISP RBM e Previmedical hanno chiesto la proroga del termine per la presentazione di memorie difensive e documenti, rispettivamente, al 18 e 20 maggio 2021.

**16.** In data 27 aprile 2021, in accoglimento delle predette istanze e al fine di assicurare a ISP RBM e Previmedical l'esercizio dei diritti di difesa e un adeguato contraddittorio, è stata disposta la proroga di trenta giorni del termine di conclusione del procedimento e, il successivo 28 aprile, è stata comunicata agli stessi professionisti la proroga al 20 maggio della data di conclusione della fase istruttoria e del termine per la produzione di memorie e documenti.

**17.** Il 5 maggio 2021 ISP RBM ha chiesto un'altra proroga al 25 maggio 2021 del termine per la produzione di memorie e documenti.

**18.** In data 11 maggio 2021, in accoglimento della predetta istanza, è stata comunicata ai professionisti la proroga al 25 maggio 2021 della data di conclusione della fase istruttoria e del termine per la produzione di memorie e documenti.

**19.** Le memorie conclusive di ISP RBM e Previmedical sono pervenute, rispettivamente, il 25 e 26 maggio 2021.

**20.** Il 26 maggio 2021 è stato richiesto il parere sia all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, sia all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che lo hanno reso, rispettivamente, il 25 e 28 giugno 2021.

## ***2) Le evidenze acquisite***

**21.** Il procedimento istruttorio PS/11828 è stato avviato a seguito di una richiesta di intervento dell'associazione Altroconsumo, pervenuta il 4 luglio 2019 e integrata il 25 settembre 2020, nella quale l'associazione dà conto di

circa 1000 reclami relativi all'operato dei professionisti ricevuti nel periodo gennaio 2018 - luglio 2020, nonché sulla base delle risultanze dell'attività di vigilanza svolta da IVASS, acquisite dagli Uffici in data 21 luglio 2020 ad esito di una richiesta di collaborazione.

**22.** In particolare, nella segnalazione del 4 luglio 2019, Altroconsumo ha fatto presente di aver ricevuto da consumatori - a partire dall'anno 2018 e fino al mese di giugno 2019 - circa 400 reclami relativi all'operato dei professionisti, descritti singolarmente in una tabella allegata alla richiesta di intervento. Molti di tali reclami provengono da aderenti al fondo sanitario *MètaSalute*, che è il fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti e per i lavoratori del comparto orafa.

Nei reclami pervenuti all'associazione Altroconsumo, le doglianze dei consumatori riguardano mancate risposte o mancate autorizzazioni nei termini contrattualmente previsti, difficoltà/impossibilità di accedere ai *call center* dei professionisti per chiedere informazioni, mancata erogazione di rimborsi senza alcuna motivazione o sulla base di motivazioni pretestuose o a causa di interruzioni delle convenzioni con le strutture non adeguatamente comunicate agli assicurati, valutazioni negative circa la congruità delle prescrizioni e dei percorsi terapeutici stabiliti dai medici dei consumatori.

Gli ostacoli sopra indicati avrebbero riguardato, in particolare, le prestazioni odontoiatriche e di fisioterapia che costituiscono le prestazioni integrative del Servizio Sanitario Nazionale principalmente richieste dagli aderenti. Per le prestazioni fisioterapiche che prevedono cicli di più sedute sarebbe necessario inserire una richiesta per ogni seduta, obbligando così il paziente a sottostare ai tempi amministrativi per l'autorizzazione con conseguente pregiudizio sui corretti tempi clinici.

**23.** A seguito di intese intercorse nell'ambito di quanto previsto nei protocolli di intesa del 2 agosto 2013 e 7 ottobre 2014 sulla cooperazione tra l'Autorità e l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni e a conclusione delle attività ispettive condotte da quest'ultimo nel periodo 23 settembre 2019 - 31 gennaio 2020, il successivo 21 luglio sono state acquisite le risultanze dell'attività di vigilanza svolta dall'Istituto. Tali risultanze comprendono uno stralcio del piano rimediato adottato da ISP RBM nei primi mesi del 2020 a seguito dell'ispezione IVASS e descrivono le criticità concernenti la gestione dei sinistri da parte dei professionisti risultanti, tra l'altro, da oltre 1100 reclami ricevuti dall'Istituto nel periodo gennaio 2018 - giugno 2020.

Secondo le risultanze dell'attività di vigilanza svolta da IVASS, le criticità relative alle condotte poste in essere da ISP RBM e dal *provider* Previmedical sarebbero riconducibili principalmente ai profili di seguito indicati:

- a) *interpretazione capziosa o non conforme del contratto*, in quanto in molti casi il rifiuto di rimborsare/autorizzare prestazioni contrattualmente previste conseguirebbe a limitazioni o esclusioni di coperture riportate non già nelle condizioni di polizza bensì, surrettiziamente, nel glossario o in esempi contenuti nelle guide elaborate da ISP RBM per fornire agli assistiti uno strumento esplicativo delle caratteristiche principali del contratto;
- b) *valutazione discrezionale nella gestione dei sinistri*, in quanto da molti reclami emergerebbe una componente valutativa nella gestione dei sinistri eccedente quanto previsto dal dettato contrattuale e attuata da RBM per il tramite di Previmedical, soprattutto con riferimento alle valutazioni dell'*équipe* di consulenza medica. In particolare, l'intervento della consulenza medica sarebbe stato finalizzato a fornire un servizio non di tipo amministrativo, per il corretto inquadramento della prestazione richiesta, bensì ad esprimere valutazioni sull'appropriatezza delle cure proposte dal medico curante;
- c) *farraginoso gestione delle pratiche di sinistro*, in quanto nei reclami si lamentano ritardi nel rilascio delle autorizzazioni alle prestazioni dirette ovvero il ritiro dell'autorizzazione già rilasciata, richieste di documentazione probatoria eccessiva o comunque non prevista contrattualmente, necessità di "*ricominciare da capo*" in caso di respingimento per motivi formali, con obbligo di fornire più volte la medesima documentazione;
- d) *ritardi nei pagamenti* delle cure presentate a rimborso, sebbene fosse stata comunicata la conclusione dell'istruttoria con valutazione positiva;
- e) *il voucher salute*, in quanto diversi reclami lamentano ritardi nel primo rilascio e scadenza dello stesso prima che l'assistito riesca a prenotare un appuntamento con la struttura sanitaria, con necessità di una nuova autorizzazione che implica la sottoposizione integrale della medesima documentazione già a disposizione di ISP RBM, l'assegnazione di un nuovo numero ed attuazione di una nuova valutazione della pratica;
- f) *scarsa qualità dell'assistenza prestata alla clientela*, in quanto gli assicurati lamentano difficoltà nel ricevere assistenza telefonica che per alcune polizze risulta esclusa non essendo consentito telefonare (es. prestazioni dentistiche fondo MètaSalute). In particolare, le informazioni fornite telefonicamente da ISP RBM per il tramite del suo *provider*

sarebbero fuorvianti o comunque differenti rispetto a quanto effettivamente previsto dalla polizza, ingenerando aspettative che sovente non si realizzano; g) *caratteristiche dei contratti*, in quanto da alcuni reclami risulterebbe che i contratti prevedono prestazioni fornite con modalità non coerenti con l'evoluzione della tecnica medica. Ad esempio, gli interventi di ricostruzione del seno oggetto di intervento demolitivo sono riconosciuti solo se contestuali alla mastectomia quando invece non sarebbero ordinariamente eseguiti in tale modalità, bensì al decorrere di un congruo periodo dopo la demolizione;

h) *gestione reclami*, in quanto i reclamanti contestano l'idoneità del riscontro fornito da ISP RBM a seguito della presentazione di un reclamo formale consistente in una risposta interlocutoria (ad es. *“abbiamo inoltrato la richiesta all'ufficio competente”*) che non entra nel merito del problema.

**24.** Il 25 settembre 2020 l'associazione Altroconsumo ha denunciato la persistenza delle indicate criticità relative alla fornitura di servizi assicurativi da parte dei professionisti, risultante da ulteriori circa 600 reclami, descritti singolarmente in una tabella allegata alla richiesta di intervento, ricevuti da consumatori nel periodo luglio 2019/luglio 2020. Il contenuto di tali reclami attiene ai profili evidenziati nelle segnalazioni già raccolte, riguardando difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie promesse e ai rimborsi, difficoltà/impossibilità di contattare il numero verde dei professionisti per avere informazioni, difficoltà di accesso al medico convenzionato prescelto dall'assicurato, indebite contestazioni delle diagnosi medico sanitarie da parte dei professionisti.

**25.** Il procedimento concerne la pratica commerciale posta in essere dai professionisti nell'offerta di servizi assicurativi, consistente in condotte e omissioni volte a ostacolare l'esercizio dei diritti derivanti dal rapporto contrattuale.

Inoltre, nell'avvio del procedimento era stata contestata anche la pratica commerciale avente ad oggetto l'ingannevolezza di un messaggio pubblicitario diffuso a mezzo stampa dove la *“POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM”* è prospettata come soluzione a chi è *“stufo dei tempi del Servizio Sanitario Nazionale”*.

**26.** Nel corso dell'istruttoria sono pervenute all'Autorità oltre 70 richieste di intervento che lamentano le medesime criticità oggetto del procedimento.

## *L'attività dei professionisti*

**27.** ISP RBM è una compagnia assicurativa specializzata nell'assicurazione sanitaria (rami malattia e infortuni) ed offre i propri prodotti assicurativi a grandi aziende italiane, fondi sanitari integrativi di origine contrattuale e/o aziendale, casse assistenziali, enti pubblici non economici, enti pubblici privatizzati e/o casse previdenziali (assicurazioni cc.dd. "collettive"), ovvero a singoli consumatori/famiglie (polizze cc.dd. "individuali").

Previmedical è una società che opera nei servizi di *outsourcing*, in particolare nell'ambito della gestione delle polizze malattia/servizi di sanità integrativa, con una specializzazione nella gestione dei sinistri del ramo "Malattia". Essa agisce come *Third Party Administrator* ("TPA") e ha sviluppato nel corso degli anni un ampio *network* di strutture sanitarie convenzionate, attraverso le quali gli assicurati possono accedere direttamente alle prestazioni sanitarie richieste senza sostenerne il costo.

ISP RBM fin dalla sua costituzione ha utilizzato Previmedical come TPA, esternalizzando una serie di attività operative quali: 1) la gestione dei sinistri ramo infortuni e malattia; 2) la gestione del portafoglio; 3) l'amministrazione del personale; 4) lo sviluppo, manutenzione e gestione software.

**28.** ISP RBM si occupa dello sviluppo e della vendita di prodotti assicurativi riferiti ai rami "Infortuni" e "Malattia", mentre Previmedical gestisce per conto della Compagnia alcune attività di carattere operativo, regolamentate da uno specifico contratto di fornitura di servizi, quali l'autorizzazione dei sinistri, la gestione e liquidazione delle pratiche, il supporto istruttorio nell'eventuale gestione di segnalazioni scritte. Tali attività sono svolte sulla base delle linee guida e degli indirizzi definiti da ISP RBM<sup>3</sup>.

**29.** Gli assicurati sono legati contrattualmente a ISP RBM.

L'adesione del lavoratore/consumatore alla sanità integrativa può avvenire secondo due modalità:

- 1) tramite una decisione volontaria del soggetto che aderisce a Società di Mutuo Soccorso (ad esempio, [omissis]\*); in questo caso, il soggetto sostiene interamente il costo del contributo di adesione;
- 2) in via indiretta, attraverso l'azienda presso cui il lavoratore presta lavoro o il fondo di riferimento, come accade nei casi in cui la copertura integrativa

---

<sup>3</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020 e memoria difensiva di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020.

\* Nella presente versione alcuni dati sono omessi, in quanto si sono ritenuti sussistenti elementi di riservatezza o di segretezza delle informazioni.

sanitaria sia prevista: a) dal CCNL di riferimento (ad esempio, nel caso di MètaSalute); b) dai contratti integrativi aziendali o dai regolamenti interni aziendali; dal regolamento dell'albo professionale di appartenenza (ad esempio, [omissis]).

Nel caso di adesione indiretta, la copertura discende dall'appartenenza a una specifica categoria e non è prevista un'adesione espressa del lavoratore. Il corrispettivo risulta a carico dell'azienda, secondo quanto previsto dai relativi accordi/regolamenti.

Alla Compagnia vengono trasferiti esclusivamente i dati anagrafici degli aventi diritto per l'attivazione della copertura oltre al relativo corrispettivo che viene versato direttamente dall'azienda o fondo.

Solo nei casi in cui le condizioni contrattuali contengano opzioni ad adesione facoltativa da parte del singolo lavoratore (ad esempio, l'estensione della copertura assicurativa al nucleo familiare, oppure formule di *upgrade* di copertura), la Compagnia viene a conoscenza dello specifico contributo a carico di quest'ultimo<sup>4</sup>.

Ad adesione avvenuta, Previmedical riceve da ISP RBM l'elenco dei nominativi dei soggetti che hanno aderito alla convenzione<sup>5</sup>.

**30.** ISP RBM ha ricevuto 9203 reclami nel periodo gennaio 2018 - giugno 2020 ed ha precisato che circa il 95% degli stessi attengono ai profili evidenziati nella comunicazione di avvio del procedimento. Con riferimento al periodo luglio - ottobre 2020, ISP RBM ha indicato il numero dei reclami concernenti i profili evidenziati nella comunicazione di avvio di istruttoria, che sono stati 899<sup>6</sup>. Molti reclami provengono da aderenti al fondo sanitario MètaSalute, che da solo raccoglie oltre un terzo del numero di assicurati ISP RBM e rappresenta una parte considerevole dei reclami ricevuti dalla Compagnia.

**31.** La copiosa documentazione acquisita in atti<sup>7</sup> consente di ricostruire quanto segue.

---

<sup>4</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020.

<sup>5</sup> Memoria difensiva di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020.

<sup>6</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020.

<sup>7</sup> Circa 9000 reclami relativi agli anni 2018,2019 e 2020 acquisiti da ISP RBM (cfr. verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 26 novembre 2020, allegato 17.2.4, e memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegati 16.1 e 21), circa 700 documenti acquisiti ad esito delle attività ispettive (cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical del 25 novembre 2020, allegati 15.3.1 - 15.3.488 e verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 25 novembre 2020, allegati 16.4.1 - 16.4.204) e oltre 70 segnalazioni pervenute da consumatori durante l'istruttoria.

## *Le carenze nell'attività di gestione dei sinistri*

**32.** Dalla lettura dei reclami si evincono le difficoltà incontrate dai consumatori nel relazionarsi con i professionisti per la fruizione delle prestazioni previste nelle condizioni di polizza.

Da comunicazioni rinvenute in ispezione<sup>8</sup>, emerge che un consumatore lamenta *“la sistematica condotta ostruzionistica dell’assicurazione mirata a far desistere ogni beneficiario dall’inserimento di qualsiasi richiesta, ho una richiesta pending da febbraio....”*<sup>9</sup> e un altro rappresenta *“le enormi difficoltà con le quali sono costretta a confrontarmi ogniqualvolta mi accingo a richiedere un rimborso....la mia personale sensazione è che si cerchi di scoraggiare l’assicurato dal richiedere nuovi rimborsi anche se leciti, per timore di incorrere in irregolarità documentali e di aprire infinite dispute circa la produzione di referti ed esami”*. Analoghe problematiche sono state rappresentate in molte segnalazioni pervenute all’Autorità. In via esemplificativa, un consumatore che ha ricevuto una richiesta di integrazione documentazione (radiografia) per il rimborso di una prima ablazione tartaro effettuata nell’anno 2020 da un figlio (il piano sanitario non prevede alcuna documentazione integrativa per la prima ablazione dell’anno che è necessaria, invece, se l’ablazione è effettuata una seconda volta), chiedendosi il motivo per il quale la stessa richiesta di rimborso era stata liquidata senza alcun problema per altri due figli, afferma: *“Sono cosciente che Rbm ha il diritto di richiedere documentazione integrativa, ma non è accettabile che le regole cambino arbitrariamente ad ogni rimborso, anche a parità di prestazione....Se escludiamo che la ragione di questo sia l’incapacità di operatori e consulenti Rbm, resta un’unica ipotesi: tutto ciò fa capo ad un’azione congiunta per prevaricare l’iscritto, assillarlo con ogni mezzo e con il solo unico obiettivo di indurlo a rinunciare al rimborso. In breve: fare di tutto per non pagare”*<sup>10</sup>. In un altro caso, un consumatore afferma di ritenere il comportamento dei professionisti *“lesivo dei diritti degli assicurati e volto a scoraggiare gli stessi assicurati dall’utilizzo normale delle coperture”*<sup>11</sup>. Ciò in quanto per una pratica relativa a un intervento odontoiatrico aperta il 15 dicembre 2020, prima viene richiesto di integrare la prescrizione medica, poi un referto radiografico, da ultimo una

---

<sup>8</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegati nn. 15.3.191 e 15.3.273.

<sup>9</sup> L’email dell’assicurato è del 12 ottobre 2020.

<sup>10</sup> Segnalazione prot. 89156 del 1° dicembre 2020.

<sup>11</sup> Segnalazione prot. 49487 del 1° giugno 2021.

correzione della fattura. Nonostante il riscontro di tali richieste, la pratica viene respinta ancora una volta con la motivazione generica che l'integrazione non sarebbe stata effettuata correttamente.

Il consumatore telefona ripetutamente alla centrale operativa che conferma la correttezza dell'integrazione, ma dopo alcuni mesi la pratica non è stata rivalutata.

Un altro segnalante riferisce che a fronte di una richiesta di autorizzazione formulata in data 27 gennaio 2021 per eseguire un impianto dentario, il successivo 19 febbraio gli è stata chiesta una integrazione documentale lo stesso giorno fissato per l'intervento, 15 minuti dopo l'orario dell'appuntamento. Per tale motivo, ritiene *“evidente la volontà dell'assicurazione di procrastinare il più possibile la lavorazione della pratica al fine di impedire l'effettuazione della prestazione nei tempi concordati con il medico”*<sup>12</sup>. In una comunicazione dell'ottobre 2020, un dipendente Previmedical riconosce che non era stata fornita alcuna risposta alla richiesta di un assicurato del mese di giugno 2020<sup>13</sup>.

**33.** Ulteriori reclami in atti concernono respingimenti di domande di rimborso con motivazioni pretestuose o non coerenti con la documentazione fornita dagli assicurati. Tale circostanza è descritta, ad esempio, in un reclamo<sup>14</sup> nel quale l'assicurato fa presente che i professionisti, in prima battuta, avevano ritenuto carente la documentazione a supporto di una richiesta di rimborso pur avendo acquisito la cartella clinica completa, poi avevano eccepito la mancanza del certificato di pronto soccorso nonostante si trattasse di un intervento chirurgico per il quale le condizioni di polizza non richiedevano tale documento, infine avevano ritenuto la prestazione fuori franchigia che, tuttavia, non era prevista nel caso di specie. Alla luce di ciò il consumatore afferma che i professionisti hanno adottato *“una politica dilatoria e defatigatoria che certamente non vi fa onore. E intanto sono passati 100 giorni dalla richiesta inevasa....”*. Dopo la presentazione del reclamo, i professionisti hanno rivalutato la pratica di rimborso disponendo la liquidazione integrale delle somme richieste dal consumatore.

Tale problematica viene riconosciuta da un *manager* di ISP RBM<sup>15</sup> che in data 17 marzo 2020, in relazione al respingimento dell'istanza di un

---

<sup>12</sup> Segnalazione prot. 22677 del 19 febbraio 2021.

<sup>13</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.264.

<sup>14</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegati nn. 15.3.288 e 15.3.289.

<sup>15</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.131.

assicurato “*senza minimamente verificare nel merito la documentazione allegata*”, richiama l’attenzione dei liquidatori circa l’esigenza di “*verificare nel merito la documentazione allegata alle domande di rimborso e soprattutto alle pec perché un diniego reiterato, non suffragato da prove o valide argomentazioni e sconfessato da una semplice lettura del contratto e della documentazione inviata, espone la compagnia a un rischio reputazionale non di poco conto*”.

Altre richieste di integrazione pratica sono state formulate benché la documentazione fosse già in possesso dei professionisti<sup>16</sup>. Respingimenti o richieste pretestuose di integrazione di domande di rimborso sono descritte anche in diverse segnalazioni pervenute all’Autorità.

In via esemplificativa, si cita il caso di un consumatore cui viene richiesto di integrare la documentazione con un “*certificato, emesso da medico specialista, che attesti la data di applicazione e di rimozione del tutore/gesso*”, in relazione ad un intervento chirurgico di rimozione di un carcinoma maligno da un rene che non può prevedere l’applicazione di un tutore/gesso<sup>17</sup>; quello di un altro assicurato al quale è richiesto il referto del pronto soccorso per una lesione che deriva da una degenerazione strutturale dell’articolazione e non da un trauma<sup>18</sup>, come testimoniato dalla documentazione allegata; in un altro caso, poi, a fronte del respingimento del rimborso relativo a un tampone per Covid-19 con la motivazione “*Il termine per la ripresentazione delle spese sanitarie di competenza 2019 è scaduto il 30 giugno 2020*”, il consumatore si chiede se Previmedical sia a conoscenza del fatto che i tamponi in questione sono stati realizzati a partire dall’anno 2020 in relazione all’emergenza sanitaria in atto<sup>19</sup>. Dopo il reclamo la pratica viene riaperta per una nuova valutazione.

Ad altri due segnalanti il rimborso è stato negato opponendo una “*finalità estetica*” delle prestazioni richieste, l’una consistente nell’asportazione chirurgica - a seguito di visita specialistica ed epiluminescenza - di nei atipici in paziente con familiarità per il melanoma e l’altra in un intervento chirurgico di sostituzione di protesi mammaria per rottura accidentale conseguente a trauma (certificato dal medico)<sup>20</sup>.

**34.** In sede ispettiva sono stati acquisiti reclami nei quali si lamenta che le

---

<sup>16</sup> Ad es. segnalazione prot. 83399 del 10 novembre 2020 e allegato 16.4.202 al verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 25 novembre 2020.

<sup>17</sup> Segnalazione prot. 91379 del 9 dicembre 2020.

<sup>18</sup> Segnalazione prot. 45873 del 18 maggio 2021.

<sup>19</sup> Segnalazione prot. 11370 del 11 gennaio 2021.

<sup>20</sup> Rispettivamente, segnalazione prot. 20137 dell’11 febbraio 2021 e segnalazione prot. 46560 del 19 maggio 2021.

richieste di documentazione integrativa ai fini della processabilità del sinistro sono rivolte ai consumatori in più riprese. In un caso, ad esempio, non viene fatta richiesta di documentazione all'atto dell'apertura della pratica ma soltanto in due momenti successivi, con la conseguenza che il consumatore non riesce a fruire della prestazione sanitaria programmata. A fronte del reclamo, un dipendente Previmedical fa presente che *“l’assistito ha ragione, non abbiamo rispettato i termini contrattuali di lavorazione ma ricordo anche gli errori (non imputabili all’assistito) che sono stati: pratica aperta non correttamente (ambulatoriale invece di ricovero), mancanza di richiesta immediata di documentazione”*<sup>21</sup>. In una segnalazione dell’agosto 2020 un consumatore, a fronte delle reiterate richieste di integrazione della documentazione da parte dell’ufficio afferma: *“La mia impressione è che l’ufficio ricoveri faccia di tutto per non accettare la pratica e farmi perdere tempo. Vi ricordo che siete un’assicurazione sanitaria e dovrete avere a cuore la salute dei vostri assicurati, non far perdere loro il tempo”*<sup>22</sup>.

Dalla documentazione in atti risulta che soltanto dall’inizio del mese di aprile 2020 per le prestazioni a rimborso e dal 1° giugno 2020 per le prestazioni dirette, Previmedical ha previsto una ridefinizione delle proprie procedure operative per accorpate in un’unica soluzione tutte le richieste di documentazione mancante relative a un sinistro<sup>23</sup>.

**35.** Anche con riferimento alla problematica evidenziata da molti segnalanti circa la necessità, in caso di respingimento della richiesta, di *“ricominciare da capo”*, cioè di presentare una nuova domanda dando origine a una nuova pratica, è stato riscontrato che soltanto dal mese di aprile 2020, è stata introdotta la facoltà per l’assicurato di riutilizzare la documentazione inserita in una pratica respinta, entro un massimo di 90 giorni, senza necessità di dover ricaricare ex novo i dati e i documenti già forniti<sup>24</sup>.

Tuttavia, risulta che nell’agosto 2020 Previmedical (quindi dopo la modifica della predetta procedura), stante la necessità di acquisire anche una cartella clinica relativa a un ricovero, abbia formulato ad un consumatore la seguente richiesta: *“La preghiamo dunque di inserire una nuova domanda di rimborso completa di tutta la documentazione richiesta a termini di polizza, rammentandole che tale documentazione deve essere allegata in toto ad ogni*

---

<sup>21</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.190.

<sup>22</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazione n. 1882.

<sup>23</sup> Cfr. riscontro Ivass a richiesta di collaborazione Agcm, prot. 57999 del 21 luglio 2020, all. 2 “Piano di attività” inviato da RBM Assicurazione Salute a IVASS in data 31 gennaio 2020 e memoria conclusiva di Intesa Sanpaolo RBM Salute prot. 47854 del 25 maggio 2021.

<sup>24</sup> Cfr. memoria di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020 e memorie di Intesa Sanpaolo RBM Salute prot. 93136 del 16 dicembre 2020 e prot. 47854 del 25 maggio 2021.

*sinistro*". A seguito di ciò, il consumatore, nel trasmettere la cartella clinica "*solo ora richiesta*" rappresenta di non comprendere il motivo per cui sia necessario ripresentare una nuova domanda di rimborso piuttosto che effettuare una semplice integrazione sulla piattaforma<sup>25</sup>.

**36.** Le prestazioni sanitarie sono fruibili in forma diretta attraverso il *Voucher Salute* e la Presa in carico ("*PIC*").

Il *Voucher Salute* consiste in una procedura per la gestione delle prestazioni in assistenza diretta introdotta a partire da marzo 2019 e rappresenta l'88% per cento delle autorizzazioni rilasciate da Previmedical. Tale procedura prevede che l'assicurato richieda l'autorizzazione all'esecuzione della prestazione indicando la struttura sanitaria presso cui intende recarsi, ma senza indicare una data precisa che sarà concordata in un secondo momento dall'assistito con la struttura erogatrice. La Compagnia valuta la richiesta e, entro un periodo massimo di 7 giorni, emette il *Voucher Salute* che è valido 30 giorni ed è rinnovabile al massimo due volte (90 giorni è il periodo di tempo complessivo di "*mantenimento in vita*").

La PIC costituisce una distinta e minoritaria modalità di erogazione delle autorizzazioni (rappresenta circa il 12% delle prestazioni gestite da Previmedical) e prevede l'indicazione della data della prestazione.

Le PIC sono messe in gestione sulla base della data di prenotazione e l'autorizzazione deve essere erogata entro 48 ore dal momento di apertura della PIC medesima<sup>26</sup>.

**37.** Previmedical ha fornito i tempi medi mensili di autorizzazione del *Voucher Salute* rispetto ad un campione rappresentativo di clienti. I tempi di rilascio indicati sono inferiori ai 7 giorni contrattualmente previsti e, per il fondo sanitario Metasalute, oscillano da un minimo di 2 giorni (febbraio 2019) a un massimo di 6,1 giorni (aprile 2020)<sup>27</sup>.

In uno scambio di *email* dell'ottobre 2020 rinvenuto in ispezione<sup>28</sup>, un dipendente Previmedical, a proposito della reportistica sui tempi di autorizzazione *Voucher* inviata al fondo sanitario Metasalute, afferma: "*A settembre abbiamo inviato al fondo una reportistica (fino ad agosto) con una percentuale di lavorazione fuori SLA<sup>29</sup> allo 0,47%, realmente però siamo al 15%*". Con riferimento al successivo *report* di settembre, si afferma che la

---

<sup>25</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Intesa Sanpaolo RBM Salute del 25 novembre 2020, allegato n. 16.4.174.

<sup>26</sup> Memoria conclusiva di Previmedical prot. 47938 del 26 maggio 2021.

<sup>27</sup> Cfr. memoria di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020.

<sup>28</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegati nn. 15.3.8, 15.3.37 e 15.3.38.

<sup>29</sup> L'acronimo "SLA" sta per service level agreement (in italiano, accordo sul livello del servizio).

percentuale fuori SLA indicata è 0,16% mentre “*quella effettiva è stata dell’11%*”. Dallo stesso documento si evince che per alcune tipologie di prestazioni la percentuale di lavorazioni fuori SLA è anche superiore al 40%, come per il “*piano di cure odontoiatrico*” e gli “*esami di laboratorio*”.

In una *email* acquisita in ispezione datata 21 luglio 2020, un *manager* di Previmedical rappresenta l’esigenza di “*recuperare arretrati voucher su Metasalute urgentemente*”, sottolineando “*Queste pratiche sono di inizio giugno e a forte rischio segnalazione*”<sup>30</sup>.

Numerosi consumatori hanno segnalato a ISP RBM ritardi nel primo rilascio del *Voucher Salute*. Tali segnalazioni sono state prodotte all’Autorità da ISP RBM<sup>31</sup>.

**38.** Anche con riguardo alla procedura *Voucher*, i reclami degli assicurati lamentano le difficoltà opposte per autorizzare le prestazioni, in particolare per quelle che prevedono cicli di più sedute come la fisioterapia e la radioterapia, per le quali è necessario inserire una richiesta per ogni seduta. Dalla documentazione in atti<sup>32</sup> risulta che ISP RBM ha dato specifiche indicazioni al *Provider* di autorizzare tali terapie per seduta e non per ciclo di cura per effettuare un più efficace controllo della spesa.

La documentazione acquisita dà conto degli oneri e dei disservizi che tale scelta ha causato sia all’utenza che alle strutture sanitarie. Per quanto riguarda gli assicurati, nel caso di un ciclo di radioterapia prescritto a un malato oncologico<sup>33</sup>, Previmedical ha autorizzato solo la prima seduta, subordinando le successive alla conferma di volta in volta allo stesso professionista della presenza del paziente da parte della struttura ospedaliera e alla contestuale comunicazione telefonica da parte del paziente della data di successiva seduta (quella del giorno seguente). Tale sistema è stato applicato anche ai cicli di fisioterapia: un segnalante fa presente che “*con il sistema di conferma dei voucher singoli molto difficile/impossibile rispettare le prescrizioni mediche*”<sup>34</sup>; in un’altra segnalazione un assistito che necessita di sedute di fisioterapia in conseguenza della frattura di un femore afferma: “*è assolutamente vessatorio richiederci ogni volta di chiamarvi per ogni singola seduta di fisioterapia e ogni volta dover lasciare il messaggio senza*

---

<sup>30</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.40.

<sup>31</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazioni nn. 1822, 1836, 1927, 2218, 2279 e 2296.

<sup>32</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.111.

<sup>33</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.89.

<sup>34</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazione n. 2060.

*essere richiamati. Vessatorio e folle anche che ogni volta ci venga poi richiesto di allegare di nuovo tutta la documentazione che abbiamo allegato e caricato sul sito decine di volte e inviato via mail altrettante volte! Ribadisco inoltre che queste nuove procedure.....non sono gestibili visto che si devono presentare ogni volta delle nuove domande e non si può integrare la domanda iniziale online, e che il vostro servizio telefonico è spessissimo non operativo. Se sono state prescritte 10 sedute, dovete autorizzare le 10 sedute, una volta per tutte!”<sup>35</sup>.*

Le strutture convenzionate hanno segnalato ai professionisti i disagi e le difficoltà di questa procedura. Riguardo alla gestione delle terapie oncologiche da parte delle strutture sanitarie, una *email* interna<sup>36</sup> evidenzia che l’Istituto Europeo di Oncologia “*avendo sottoscritto una convenzione che prevede un costo a ciclo non è disponibile a convenzionare la radioterapia a singola seduta*” con la conseguenza che “*fino a quando la Compagnia non darà indicazioni diverse non potremo emettere autorizzazioni per la radioterapia allo IEO, né rettificare come richiesto dallo IEO (che presumibilmente si rifarà sugli assistiti)*”.

Per quanto concerne i cicli di fisioterapia<sup>37</sup>, un *manager* di cliniche fisioterapiche ha rappresentato in una comunicazione del 15 ottobre 2020 a un *manager* di ISP RBM “*la situazione annosa che le strutture come le nostre (Centri di fisioterapia e riabilitazione) stanno affrontando nella gestione dei sinistri dei vostri assistiti. Ci tengo a farle questa segnalazione soprattutto per il disservizio che i vostri clienti stanno riscontrando. Le premetto che, dall’inserimento del sistema Voucher, la situazione è diventata critica per noi che gestiamo prestazioni “a ciclo” ossia che restano uguali e si ripetono nel tempo. Per spiegarle in poche parole il cambiamento siamo passati da: Prima del sistema voucher una presa in carico è valida per un ciclo di sedute di fisioterapia (10, 12, 20 sedute a seconda della prescrizione). Dopo il sistema voucher una presa in carico è valida per una singola seduta di fisioterapia (quindi per un ciclo di 10 sedute ci ritroviamo 10 prese in carico). Come noi anche le procedure di attivazione in capo ai vostri clienti si sono moltiplicate generando malcontento. Preso atto di quanto sopra, tutti ci scontriamo ogni giorno con errori di gestione pratiche da parte della centrale operativa, che aggrava una situazione già*

---

<sup>35</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazione n. 2031.

<sup>36</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegati 15.3.471, 15.3.473, 15.3.474, 15.3.478, 15.3.479, 15.3.480 e 15.3.481.

<sup>37</sup> In una *email* interna si fa presente che il solo fondo Metasalute genera 3000 fisioterapie al giorno (cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3. 2).

*delicata... ”<sup>38</sup>. Successivamente vengono elencate le criticità imputabili alla centrale operativa Previmedical, tra cui “lentezza o addirittura non gestione, nella lavorazione delle rettifiche effettuate da parte nostra direttamente da sito; passano anche settimane/mesi senza avere riscontri in merito. In questo modo si compromette la continuazione del ciclo fisioterapico del paziente”.*

**39.** La problematicità della gestione della Presa in carico (“PIC) emerge da una comunicazione di un *manager* di ISP RBM acquisita in ispezione, nella quale si osserva che *“spesso l’autorizzazione alle prestazioni dirette arriva poche ore prima della prestazione. Magari la sera prima per la mattina. Se la documentazione non va bene, non riescono a farla rettificare dal medico, non hanno il tempo e quindi sono costretti a rimandare la prestazione. Le richieste, ho verificato, arrivano a noi almeno una settimana prima rispetto alla data della prestazione”*. A fronte di tali considerazioni, un *manager* della stessa Compagnia evidenzia a Previmedical che *“quanto segnalato ricorre anche in altre occasioni per altri assicurati. Corte Costituzionale, ad esempio, ci ha fatto la stessa osservazione durante l’incontro della scorsa settimana. Ti chiederei di richiamare la COP alla necessità di inviare le prese in carico con un adeguato anticipo e, comunque, non oltre le 24 antecedenti la data/ora della prestazione in modo che si rispettino gli impegni presi da ISP RBM nei confronti dei vari contraenti/assicurati e in ogni caso in linea con il contratto di esternalizzazioni in vigore tra le società ”<sup>39</sup>.*

**40.** Sempre nell’ambito dell’assistenza in forma diretta, altri consumatori hanno lamentato ritiri di autorizzazioni già rilasciate relative a prestazioni sanitarie<sup>40</sup>, talvolta con motivazioni poco chiare. Ad esempio nelle ispezioni presso ISP RBM è stato acquisito un reclamo con il quale un assicurato Metasalute contesta l’annullamento di due voucher, dopo 14 e 16 giorni dalla richiesta, con la motivazione *“Reclamo Ivass non autorizzabile ”<sup>41</sup>.*

Il ritiro di autorizzazioni già rilasciate trova riscontro anche in alcuni documenti acquisiti in ispezione presso Previmedical<sup>42</sup>, tra cui l’*email* del 13 ottobre 2020 in cui un dipendente di ISP RBM rivolgendosi a Previmedical afferma come l’annullamento della pratica sia avvenuto *“per motivazioni che non comprendo”* e un’altra *email* nella quale a proposito della necessità di

---

<sup>38</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3.2.

<sup>39</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.6.

<sup>40</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazione n. 1796.

<sup>41</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 25 novembre 2020, allegato n. 16.4.37.

<sup>42</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegati nn. 15.3.284, 15.3.286, e 15.3.366.

annullare una pratica di importo rilevante erroneamente autorizzata, un *manager* di Previmedical riconduce l'errore ad un *"bug del sistema"*<sup>43</sup>.

**41.** Nella comunicazione di avvio del procedimento<sup>44</sup> è stato chiesto a ISP RBM e Previmedical di *"elencare il numero di sinistri rispetto ai quali i professionisti hanno ritirato le autorizzazioni già rilasciate agli assicurati con riferimento alle prestazioni previste nei contratti stipulati con un campione rappresentativo di fondi sanitari, tra cui Metasalute, aventi validità dall'anno 2018 e fino alla data odierna"*.

ISP RBM, con particolare riferimento alle prestazioni sanitarie relative al fondo Metasalute, ha risposto di aver ritirato nel periodo gennaio 2018 - settembre 2020, 904 autorizzazioni per le seguenti ragioni: errato inserimento struttura o beneficiario, mancanza di patologia/documentazione, medico o prestazione non in convenzione, prestazione non effettuata dalla struttura<sup>45</sup>.

Previmedical ha fatto presente di aver ritirato ad assicurati Metasalute nello stesso periodo gennaio 2018 - settembre 2020, 52.185 autorizzazioni a prescindere dalla motivazione<sup>46</sup>.

**42.** Ulteriori reclami e documenti acquisiti nel corso del procedimento concernono la mancata erogazione di talune prestazioni richieste dagli assicurati sulla base di limitazioni introdotte nella prassi liquidativa che non trovano riscontro nelle condizioni di polizza del contratto Metasalute.

**43.** Dalla documentazione acquisita in ispezione risulta che veniva escluso il rimborso dell'implantologia effettuata oltre i sei mesi dall'estrazione. In particolare, ISP RBM, a fronte di chiarimenti richiesti da un assicurato rispetto alla qualificazione di una prestazione che implicava l'applicazione di un massimale molto più basso, aveva precisato quanto segue: *"posto che l'impianto è stato richiesto oltre i sei mesi dall'estrazione, l'implantologia non può più ritenersi un completamento dell'intervento chirurgico e per questo motivo, la prestazione rientra nell'ambito dell'implantologia stand alone"*. Lo stesso consumatore nell'ottobre 2019 aveva presentato reclamo a IVASS che rivolgendosi al professionista ha affermato: *"In merito alla motivazione fornita da codesta società si osserva come il termine massimo di 6 mesi riconosciuto non trovi riscontro nelle condizioni di polizza..."*<sup>47</sup>;

**44.** La polizza collettiva 2018-2020 stipulata da ISP RBM con il Fondo

---

<sup>43</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegati nn. 15.3.452 e 15.3.453.

<sup>44</sup> Comunicazione di avvio del procedimento prot. 85040 del 17 novembre 2020.

<sup>45</sup> Cfr. memoria di Intesa Sanpaolo RBM Salute prot. 93136 del 16 dicembre 2020.

<sup>46</sup> Cfr. memoria di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020.

<sup>47</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.58.

Metasalute (articolo 14 “*Oneri in caso di sinistro*”) prevedeva che, nelle strutture convenzionate, le prestazioni eseguite con medico in convenzione fossero coperte solo se richieste in forma diretta; le prestazioni svolte da medici non convenzionati erano soggette al regime rimborsuale<sup>48</sup>.

Da un reclamo acquisito in ispezione risulta che ISP RBM aveva negato a un consumatore il rimborso di due pratiche relative all’anno 2020 con la motivazione che “*le prestazioni effettuate presso le strutture convenzionate devono essere eseguite in forma diretta*”. Nel proprio reclamo l’assicurato aveva evidenziato al professionista che anche una pratica di rimborso di due anni prima, relativa a visita in struttura convenzionata con medico non convenzionato, inizialmente respinta, era stata poi correttamente liquidata dopo le rimostranze dello stesso consumatore. A seguito degli indicati rilievi, le pratiche sono state rivalutate in senso favorevole al consumatore<sup>49</sup>. In un altro reclamo acquisito in ispezione un consumatore lamenta la bocciatura automatica di richieste di rimborso di prestazioni non convenzionate effettuate presso una struttura convenzionata a causa di un “errore del sistema” che ignora la documentazione allegata alla pratica<sup>50</sup>. Anche in una segnalazione recentemente pervenuta all’Autorità viene lamentato il mancato rimborso delle prestazioni in questione<sup>51</sup>.

**45.** Il restringimento delle prestazioni erogate rispetto alle condizioni di polizza è stata riscontrata anche con riferimento alle patologie congenite. In particolare, in uno scambio di email dell’ottobre 2020 intercorso tra due manager di Previmedical a proposito di un reclamo<sup>52</sup>, si evidenzia che il sistema “*di default respinge le patologie congenite in quanto non coperte ma questa esclusione non vale per Meta perché in quella polizza sono coperte...come glielo spieghiamo? Io sarei per ammettere l’errore di sistema. Ad ogni modo credo che Houdini andrebbe implementato in modo tale che mandi all’operatore queste casistiche e non le mandi in KO in modo automatico. Abbiamo molti reclami che hanno questa origine*”. In merito a tale problematica, in altra email contenuta nello stesso documento un dipendente di Previmedical commenta: “*Houdini è nato su Metasalute, se c’è una falla di questo tipo significa che da quasi due anni sbagliamo...*”.

**46.** Infine, dalla documentazione acquisita sono emerse difficoltà di contattare l’assistenza clienti e/o la scarsa efficacia della stessa. In ispezione

---

<sup>48</sup> Memoria conclusiva di ISP RBM prot. 47854 del 25 maggio 2021.

<sup>49</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3.232.

<sup>50</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegati 15.3.181, 15.3.182 e 15.3.183.

<sup>51</sup> Segnalazione prot. 45951 del 18 maggio 2021.

<sup>52</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n.15.3.42.

è stata acquisita la comunicazione di un assicurato che, dopo aver menzionato tutti i tentativi di contattare il *call center* inutilmente esperiti, riferisce che *“anche altri colleghi iscritti Inarcassa mi confermano che è praticamente impossibile entrare in contatto con un operatore telefonico Rbm”*<sup>53</sup>. Altri consumatori hanno rappresentato all’Autorità *“l’impossibilità sistematica di raggiungere il servizio telefonico”*<sup>54</sup> e la circostanza che *“con il centralino è impossibile parlare per i tempi d’attesa biblici”*<sup>55</sup>. Nel caso di mancata risposta da parte del *call center*, il consumatore può essere richiamato attraverso la c.d. “prenotazione di richiamo”. A tal riguardo, un dipendente di Previmedical, in una *email* dell’aprile 2020 acquisita in ispezione, fa presente che *“purtroppo i sistemi che abbiamo, lato operatore, non permettono di monitorare quando e se l’assistito sia stato ricontattato”*<sup>56</sup>.

Da documenti acquisiti in ispezione risulta che il tema dei disagi patiti dagli assicurati nelle interlocuzioni con l’assistenza clienti è stato oggetto di diverse comunicazioni intercorse tra i professionisti. In particolare, un *manager* di ISP RBM, in una *email* del 15 ottobre 2020 diretta a *manager* di ISP RBM e di Previmedical evidenzia che *“va affrontata e risolta una volta per tutte la gestione delle richieste delle polizze ad adesione. Anche perché il problema è sempre lo stesso che ciclicamente si ripropone: mancanza di conoscenza dei contenuti delle coperture con conseguenti disservizi e criticità. Il gruppo di gestione deve essere fisso e stabile”*<sup>57</sup>. In un’altra *email* dell’ottobre 2020, un *manager* di ISP RBM, in riscontro ad una comunicazione dell’Amministratore delegato della Compagnia, concernente anche i livelli di risposta del *contact center*, afferma: *“Sul call center oltre al tempo di risposta sta emergendo una criticità cross clienti (non solo Meta) sulla qualità della risposta fornita da parte degli operatori sulla quale occorre intervenire in maniera strutturale”*<sup>58</sup>. I tempi di risposta e l’organizzazione del *call center* sono oggetto di un’altra *email* interna concernente le risorse da dedicare a nuovi importanti clienti in arrivo nel 2021. In tale *email* un *manager* di Previmedical quantifica in 28,5 le risorse necessarie per rispettare tempi di risposta al 90% entro 30 secondi e afferma: *“Considera che oggi abbiamo come sla 90% a 60 secondi che comunque*

---

<sup>53</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.259.

<sup>54</sup> Segnalazione prot. 89972 del 3 dicembre 2020.

<sup>55</sup> Segnalazione prot. 26120 del 4 marzo 2021.

<sup>56</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.50.

<sup>57</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3.6 citato.

<sup>58</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 16.4.28.

*con i nostri standard operativi non riusciamo a rispettare. Quelle sarebbero le persone realmente necessarie per rispettare gli sla, da lì dobbiamo capire quanto ci vogliamo avvicinare e per il resto lavoriamo di maquillage sui kpi... ”<sup>59</sup>.*

**47.** Con riferimento alla seconda pratica commerciale contestata relativa alla possibile ingannevolezza del messaggio pubblicitario “*POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM*”, risulta che il prodotto in questione non è mai stato commercializzato al pubblico<sup>60</sup>.

### ***3) Le argomentazioni difensive dei professionisti***

**48.** ISP RBM e Previmedical hanno risposto alle richieste di informazioni formulate nella comunicazione di avvio del procedimento e illustrato le argomentazioni difensive con memorie pervenute, rispettivamente, nelle date 16 e 24 dicembre 2020. ISP RBM ha esposto le proprie difese nel corso dell’audizione tenutasi il 12 aprile 2021 e nella memoria conclusiva del 25 maggio 2021. Previmedical ha svolto le proprie argomentazioni difensive nella memoria conclusiva del 26 maggio 2021.

**49.** Entrambi i professionisti hanno sollevato le seguenti eccezioni preliminari:

a) l’Autorità sarebbe decaduta dal potere di accertare la sussistenza di una eventuale violazione del Codice del Consumo, avendo notificato la comunicazione di avvio del procedimento nel mese di novembre 2020 e quindi ben oltre il termine perentorio di 90 giorni previsto dall’art. 14 della legge n. 689/81. A tal riguardo, i professionisti ritengono che con la copiosa documentazione trasmessa da Altroconsumo nel luglio 2019 e da IVASS nel luglio 2020, l’Autorità avesse già acquisito piena conoscenza del comportamento asseritamente illecito. A tal fine sarebbe irrilevante la successiva segnalazione del settembre 2020, con la quale Altroconsumo avrebbe portato a conoscenza dell’Autorità il contenuto di nuovi reclami definito nella comunicazione di avvio del procedimento “sostanzialmente analogo a quello delle segnalazioni già raccolte”;

b) l’accesso alla copiosa documentazione acquisita nel corso delle ispezioni veniva effettuato in un momento successivo alla notifica della comunicazione di conclusione dell’istruttoria, con la conseguenza che i professionisti hanno dovuto esaminarla in un tempo non sufficiente a

---

<sup>59</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.44.

<sup>60</sup> Cfr. comunicazione di Intesa Sanpaolo RBM Salute prot. 13677 del 18 gennaio 2021.

consentire il contraddittorio e l'adeguato esercizio del diritto di difesa;

c) l'Autorità non avrebbe valutato misure e miglioramenti adottati dai professionisti che sarebbero stati assai rilevanti al fine del compiuto apprezzamento delle condotte oggetto del procedimento, quali:

- l'adozione, nei primi mesi del 2020, di un piano rimediabile in seguito all'accertamento ispettivo dell'IVASS, conclusosi in data 31 gennaio 2020;
- la sottoscrizione, nel mese di maggio 2020, di un nuovo contratto di fornitura di servizi tra ISP RBM e Previmedical, che prevede un sistema più strutturato di monitoraggio dei livelli di servizio garantiti;
- in parallelo, la costituzione di un'apposita struttura di controllo avente lo specifico compito di presidiare il monitoraggio delle attività esternalizzate;
- l'avvio di un programma di integrazione e allineamento di ISP RBM agli standard del Gruppo Intesa Sanpaolo Vita articolato in sette "cantieri";
- l'implementazione delle misure migliorative descritte da ISP RBM nel corso dell'audizione del 12 aprile 2021, nonostante il rigetto degli impegni da parte dell'Autorità.

**50.** Secondo ISP RBM non sussisterebbero i presupposti per applicare nei suoi confronti la disciplina a tutela del consumatore, stante l'assenza di un rapporto di consumo tra la Compagnia e i singoli assicurati relativamente alle polizze cc.dd. collettive oggetto del procedimento. La negoziazione delle condizioni delle polizze collettive avviene tra ISP RBM e i Fondi Sanitari Integrativi, le Casse di Assistenza o le aziende, i quali sottoscrivono i relativi contratti in qualità di contraenti, di talché i singoli assicurati beneficiano delle coperture solo a fronte della loro adesione al Fondo di riferimento.

**51.** Inoltre, il professionista ritiene del tutto destituita di fondamento l'affermazione, riportata nella comunicazione del termine di conclusione della fase istruttoria, secondo cui la mancata fruizione dei servizi da parte dei consumatori a causa degli ostacoli frapposti dai professionisti avrebbe provocato un "conseguente e ulteriore grave pregiudizio anche alla salute degli stessi". Ciò in quanto la Compagnia non eroga - né potrebbe erogare - prestazioni sanitarie o di natura diagnostica, limitandosi a offrire polizze contro gli infortuni e le malattie, la cui funzione è quella di proteggere l'integrità patrimoniale dell'assicurato che debba ricorrere a prestazioni mediche.

**52.** Previmedical afferma che non le possano essere attribuite le condotte contestate, in quanto è estranea alla loro definizione o ne è coinvolta solamente a titolo di mero esecutore delle direttive di ISP RBM. In particolare, Previmedical opera, oltre che sulla base delle regole ed

indicazioni contenute nel contratto di *outsourcing* sottoscritto con ISP RBM, anche sulla base delle linee guida, istruzioni operative e *policy* definite e fornite dalla stessa ISP RBM e che Previmedical è tenuta a seguire - senza poter intervenire, dunque, sul merito delle istruzioni ricevute - ai fini dell'esecuzione delle attività esternalizzate. Con specifico riferimento alle modalità di esecuzione, l'attività svolta da Previmedical viene eseguita anche sulla scorta di numerosi e stringenti indicatori di performance ("KPI") relativi ai numerosi livelli di servizio ("SLA"), volti a definire gli *standard* qualitativi cui Previmedical è tenuta ad attenersi, pena il pagamento di penali. Si assisterebbe, pertanto, a quell'assenza di autonomia che, nei precedenti della giurisprudenza amministrativa, ha consentito di escludere la responsabilità di società mandatarie in casi in cui era provato – come nel caso di specie - che il contenuto delle loro attività si conformava alle indicazioni ricevute dalle mandanti.

**53.** Nel merito, entrambi i professionisti hanno fatto presente l'esiguità dei reclami citati nella CRI (quattordici). Non sarebbe altresì significativo il numero complessivo di reclami ricevuti dai professionisti negli anni 2018-2020 né le asserite difficoltà riscontrate dagli assicurati (specie quelli aderenti al Fondo Mètasalute). Ciò in quanto il numero di tali reclami sarebbe del tutto fisiologico rispetto alle denunce di sinistro gestite dalla Compagnia nel triennio di riferimento (oltre 8,6 milioni con una incidenza di poco più dello 0,1%) e in quanto i professionisti si sarebbero sempre attivati per identificare le ragioni e porre rimedio ai disservizi lamentati.

Ciò dimostrerebbe l'inesistenza di una prassi generalizzata volta ad ostacolare sistematicamente l'esercizio dei diritti degli assicurati derivanti dal rapporto contrattuale.

**54.** Quanto riferito dall'assicurato nel reclamo citato nella CRI concernente reiterate e ingiustificate richieste di integrazione della pratica di sinistro<sup>61</sup>, non costituirebbe indizio di una sistematica attività scorretta posta in essere dalla Compagnia mostrando, tutt'al più, qualche ritardo nella gestione della pratica anche in considerazione del fatto che era iniziata in presenza di una copertura con altro operatore.

Inoltre, l'*email* di un *manager* di ISP RBM che, in relazione al respingimento dell'istanza di un assicurato, richiamava l'attenzione dei liquidatori circa l'esigenza di "*verificare nel merito la documentazione allegata alle domande di rimborso e soprattutto alle pec*"<sup>62</sup>, lungi dal

---

<sup>61</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical, allegati 15.3.288 e 15.3.289.

<sup>62</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical, allegati 15.3.131

provare la responsabilità dei professionisti, ne dimostrerebbe l'attenzione a intercettare eventuali anomalie e a segnalarle a chi di dovere (nella specie, i liquidatori) affinché venissero prese le opportune misure.

**55.** Quanto alle modifiche delle procedure operative disposte in seguito all'accertamento ispettivo di IVASS, ai professionisti non può esserne contestata la tardiva attuazione né può desumersi l'esistenza di una pratica commerciale scorretta dalla circostanza di aver modificato le proprie procedure operative solo a seguito dell'intervento dell'Istituto di Vigilanza.

Peraltro, l'indicato profilo potrebbe avere rilievo solo nel caso in cui avesse avuto ripercussioni sui tempi di lavorazione della pratica ma, come risulta dalla documentazione versata in atti da Previmedical<sup>63</sup>, quest'ultima ha rispettato gli indicatori di *performance* previsti dal contratto di servizio con ISP RBM.

**56.** La contestazione relativa agli asseriti ritardi nel primo rilascio del *Voucher Salute* sarebbe confutata dai dati forniti da Previmedical nella memoria difensiva del 24 dicembre 2020 (cfr. risposta al quesito 13), da cui risulta che i tempi medi mensili di autorizzazione della richiesta di primo rilascio del *Voucher Salute* siano sempre inferiori alla tempistica massima prevista dal contratto (7 giorni).

ISP RBM ha fatto presente di aver ricevuto dal *Provider* esclusivamente i *report* che davano una percentuale di lavorazione fuori SLA pari solo allo 0,47% e di aver appreso che l'effettiva tempistica di rilascio del *Voucher* sarebbe diversa rispetto a tali dati solo in seguito alla lettura della CRI.

Sul punto Previmedical ha affermato che la citazione di percentuali più elevate di lavorazione fuori SLA sarebbe frutto di un monitoraggio interno elaborato sulla base di parametri diversi rispetto ai livelli di servizio contenuti nella reportistica fornita alla Compagnia.

**57.** Previmedical ha asserito che non possa essergli imputato alcunché in merito alle criticità relative alle prestazioni che prevedono più cicli di sedute, in quanto la configurazione del *Voucher Salute* e delle modalità con cui esso è rilasciato e utilizzato non è di competenza del *Provider*, il quale si limita a seguire le istruzioni e le linee guida fornite da ISP RBM. Peraltro, nel corso del mese di maggio 2021 sarebbe stata implementata una modifica delle regole operative al fine di consentire agli assicurati di fare uso di un'unica autorizzazione per l'intero ciclo di cure.

---

<sup>63</sup> Tabelle illustrative dei tempi medi mensili di autorizzazione rispetto a un campione rappresentativo di clienti per i quali è stata attivata la procedura *Voucher Salute* riportate nella memoria difensiva di Previmedical del 24 dicembre 2020, in risposta al quesito 13.

ISP RBM ha evidenziato che la scelta della Compagnia di ottenere una richiesta del consumatore per ogni seduta, sarebbe dovuta alla circostanza che i cicli di cura possano avere una durata eccedente la vigenza della polizza, con conseguente necessità di verificare che, nel momento in cui la prestazione viene effettuata, la polizza sia attiva e il premio regolarmente pagato. Peraltro, il caso citato nella CRI dell'assicurato al quale era stato prescritto un ciclo di radioterapia<sup>64</sup> sarebbe stato tempestivamente risolto con l'autorizzazione dell'intero ciclo di sedute in un'unica soluzione. Inoltre, le email acquisite in ispezione pure citate nella CRI, l'una di Previmedical relativa ai rapporti con lo IEO<sup>65</sup> e l'altra inviata da un manager di cliniche fisioterapiche a ISP RBM<sup>66</sup>, non sarebbero idonee a provare ripercussioni negative sulla continuità delle prestazioni per l'assicurato attenendo piuttosto a profili di natura contabile/gestionale tra la Compagnia e le strutture sanitarie convenzionate.

**58.** La contestazione secondo cui l'autorizzazione alle prestazioni dirette arriverebbero all'assicurato in tempo non utile per usufruirne deriverebbe da un'erronea rappresentazione degli strumenti predisposti da ISP RBM e delle modalità di erogazione dei medesimi da parte dei professionisti.

Infatti, l'attività di rilascio del *Voucher Salute* presenterebbe caratteristiche tali<sup>67</sup> da rendere impossibile il verificarsi della condotta ipotizzata dall'Autorità. L'erogazione delle prestazioni dirette può avvenire anche attraverso il rilascio della c.d. Presa in Carico ("PIC"), che costituisce una distinta e minoritaria modalità di erogazione delle autorizzazioni che prevede l'indicazione della data della prestazione. Tuttavia, le PIC sarebbero messe in gestione sulla base della data di prenotazione e, in ogni caso, rispettando il KPI complessivo che è di 48 ore dal momento di apertura della PIC medesima, cosicché non sarebbe immaginabile una situazione quale quella prospettata dall'Autorità.

**59.** Relativamente ai ritiri di autorizzazioni già rilasciate agli assicurati nel periodo gennaio 2018 - settembre 2020, non vi sarebbe alcuna incongruenza tra i dati forniti dai professionisti nel corso del procedimento. Infatti, Previmedical avrebbe fornito evidenza delle autorizzazioni ritirate ad assicurati Metasalute (n. 52.185) a prescindere dalla motivazione, mentre

---

<sup>64</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.89.

<sup>65</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.479.

<sup>66</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.2.

<sup>67</sup> L'assicurato richiede l'autorizzazione all'esecuzione della prestazione indicando la struttura sanitaria prescelta, ma senza dover indicare una data precisa, la quale, una volta emesso il Voucher, sarà concordata dall'assicurato con la struttura erogatrice.

ISP RBM avrebbe espressamente indicato solo i ritiri di autorizzazioni effettuati a causa di irregolarità amministrative. Pertanto, l'Autorità avrebbe dovuto considerare il dato fornito da ISP RBM (n. [omissis] ritiri di autorizzazioni nel periodo gennaio 2018 - settembre 2020, di cui 904 nei confronti di assicurati Metasalute) e considerare come tali ritiri rappresentassero un fenomeno del tutto fisiologico, insuscettibile di assurgere a una pratica commerciale scorretta.

**60.** Previmedical ha fatto presente che, nella denegata ipotesi in cui venisse accertata una discrasia tra le condizioni di polizza e la documentazione operativa con cui ISP RBM dirige l'attività di Previmedical, non potrebbe essere chiamata a risponderne poiché si tratta di attività in merito alle quali non ha alcun potere discrezionale, essendo contrattualmente tenuta a osservare le prescrizioni di ISP RBM.

Nel merito delle asserite limitazioni, ISP RBM, con riferimento all'esclusione dell'*implantologia effettuata oltre i sei mesi dall'estrazione*, ha fatto presente che il riscontro fornito dalla Compagnia a un assicurato citato nella CRI si sarebbe basato sulla policy liquidativa all'epoca vigente in coerenza con le linee guida internazionali in materia. In ogni caso, la predetta *policy* è stata modificata a far data dal 1° gennaio 2020.

Per quanto riguarda l'asserita esclusione dalla copertura di *prestazioni eseguite da un medico non convenzionato presso struttura convenzionata*, il reclamo di un assicurato citato nella CRI sarebbe sprovvisto di qualsiasi consistenza indiziante in merito alla possibilità che la Compagnia abbia sistematicamente escluso tali prestazioni dal novero delle coperture assicurative. In un primo momento, la domanda dell'assicurato era stata respinta in quanto il sistema automatico di controllo erroneamente aveva individuato un impedimento alla liquidazione. A seguito del reclamo, tuttavia, appurato che tali prestazioni erano state eseguite da un medico non convenzionato, il disagio è stato sanato e il reclamo è stato accolto.

**61.** La Compagnia sarebbe venuta a conoscenza soltanto nel corso del procedimento dell'esclusione dalle coperture delle *patologie congenite* a causa di una falla del sistema automatico di gestione pratiche (c.d. Houdini). Sul punto, Previmedical ha ulteriormente precisato che il malfunzionamento in questione derivava da un *bug* di natura informatica difficilmente identificabile.

In ogni caso, il reclamo menzionato nella CRI sarebbe stato prontamente accolto da ISP RBM che avrebbe anche elaborato e trasmesso a Previmedical, in data 30 settembre 2020, i requisiti per procedere ad un

corretto abbinamento del quesito diagnostico rispetto al perimetro della copertura di polizza.

**62.** Da ultimo, risulterebbe infondata la contestazione secondo cui vi sarebbero delle “problematiche strutturali” sottese alle difficoltà di contattare l’assistenza clienti o alla scarsa qualità del servizio prestato da quest’ultima. A riguardo, nulla proverebbe il passaggio del reclamo citato nella CRI dove un assicurato afferma che *“anche altri colleghi iscritti Inarcassa mi confermano che è praticamente impossibile entrare in contatto con un operatore telefonico Rbm”*<sup>68</sup> e neppure l’*email* interna di un *manager* di ISP RBM del 24 ottobre 2020 che riferisce di risposte errate a segnalazioni fondate<sup>69</sup>, dal momento che tutti i casi citati sarebbero stati puntualmente e positivamente riscontrati da ISP RBM. Più precisamente, a dire di Previmedical, non risponderebbero al vero le asserite difficoltà del consumatore nel contattare l’assistenza clienti telefonica<sup>70</sup>, in quanto in due casi di contatto senza successo lamentati dal consumatore non risulterebbero chiamate da parte dei numeri telefonici collegati al cliente.

Inoltre, le altre *email* riferibili a dipendenti della Compagnia citate nella CRI a supporto delle asserite difficoltà di contattare l’assistenza clienti o alla scarsa qualità del servizio prestato da quest’ultima, lungi dal provare la responsabilità del professionista, dimostrerebbero come lo stesso segnalasse al *Provider* le criticità riscontrate chiedendo che venissero prontamente risolte. In tale ottica andrebbe letta: a) l’*email* di un *manager* di ISP RBM del 15 ottobre 2020 diretta ad altri *manager* di ISP RBM e di Previmedical, in cui si evidenzia che *“va affrontata e risolta una volta per tutte la gestione delle richieste delle polizze ad adesione. Anche perché il problema è sempre lo stesso che ciclicamente si ripropone: mancanza di conoscenza dei contenuti delle coperture con conseguenti disservizi e criticità. Il gruppo di gestione deve essere fisso e stabile”*<sup>71</sup>; b) l’*email* dell’ottobre 2020 in cui un *manager* di ISP RBM, in riscontro ad una comunicazione dell’Amministratore delegato di ISP RBM, afferma: *“Sul call center oltre al tempo di risposta sta emergendo una criticità cross clienti (non solo Meta) sulla qualità della risposta fornita da parte degli operatori sulla quale occorre intervenire in maniera strutturale”*<sup>72</sup>.

Infine, secondo Previmedical, il documento concernente le risorse da

---

<sup>68</sup> Verbale ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.259.

<sup>69</sup> Verbale ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.29.

<sup>70</sup> Verbale ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.259.

<sup>71</sup> Verbale ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.6.

<sup>72</sup> Verbale ispettivo presso ISP RBM del 25 novembre 2020, allegato 16.4.28.

dedicare a nuovi clienti in arrivo nel 2021<sup>73</sup> non potrebbe essere utilizzato a supporto della contestazione secondo cui i professionisti non avrebbero posto in essere gli interventi strutturali più volte auspicati in quanto lo stesso non riporta un giudizio circa l'effettiva implementazione degli SLA concordati con ISP RBM né una valutazione delle risorse necessarie per implementare gli accordi all'epoca in vigore.

#### **IV. PARERE DELL'AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI**

**63.** Poiché la pratica commerciale oggetto del presente provvedimento è stata diffusa a mezzo stampa, in data 26 maggio 2021 è stato richiesto il parere all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, ai sensi dell'art. 27, comma 6, del Codice del Consumo.

**64.** Con parere pervenuto in data 25 giugno 2021, la suddetta Autorità ha espresso il proprio parere nel senso che: (i) per quanto di competenza dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni, la pratica in esame si riferisce alle comunicazioni attuate dal professionista a mezzo stampa; (ii) il prodotto preso in considerazione dal messaggio pubblicitario "*POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM*" non è mai stato commercializzato al pubblico non dando luogo ad alcun rapporto di consumo; (iii) in Italia i quotidiani rappresentano un importante mezzo di informazione e sono percepiti nel giudizio dell'opinione pubblica quali influenti e affidabili strumenti di aggiornamento e di informazione tale da incidere nelle scelte dei potenziali consumatori.

Pertanto, nel caso di specie, la stampa è uno strumento idoneo ad influenzare la realizzazione della pratica commerciale oggetto del procedimento.

#### **V. PARERE DELL'ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI**

**65.** Poiché la pratica commerciale oggetto del presente provvedimento riguarda il settore assicurativo, in data 26 maggio 2021 è stato richiesto il parere all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, ai sensi e per gli

---

<sup>73</sup> Verbale ispettivo presso Previmedical, allegato 15.3.44.

effetti di cui all'art. 27, comma 1-*bis*, del Codice del Consumo, introdotto dall'art. 1, comma 6, lettera a), del D.Lgs. n. 21/2014.

**66.** Con parere pervenuto in data 28 giugno 2021, il suddetto Istituto, prendendo atto che questa Autorità ha ritenuto, nella comunicazione del termine di conclusione della fase istruttoria, di non procedere alla contestazione a ISP RBM e Previmedical dell'ingannevolezza della pubblicità "*POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM*" in quanto risulta che il prodotto non sia stato mai commercializzato al pubblico e quindi non abbia dato luogo ad alcun rapporto di consumo, ha svolto considerazioni relative alla pratica commerciale avente ad oggetto le condotte dei professionisti volte ad ostacolare l'esercizio dei diritti degli assicurati derivanti dal rapporto contrattuale.

**67.** L'istituto ha esaminato gli impegni proposti all'Autorità dai professionisti rilevando che la maggior parte di essi sono analoghi a quelli contenuti nel piano rimediabile proposto ad IVASS ad esito dell'accertamento ispettivo svolto dallo stesso Istituto presso i professionisti nel periodo settembre 2019 - gennaio 2020.

L'attuazione dei predetti impegni avrebbe già dovuto produrre significativi effetti concreti. Tuttavia, dai reclami che IVASS continua a ricevere, seppur con una tendenza alla diminuzione nei primi mesi del 2021 rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente, si registra il permanere di criticità già rilevate a suo tempo. Una parte rilevante dei reclami che continuano a pervenire all'IVASS continua a riferirsi alle stesse condotte rilevate all'epoca (ad esempio sulla gestione dei *Voucher Salute*). Si registra un miglioramento rispetto ad alcuni limitati filoni di reclamo relativi alla diaria da convalescenza e alle prestazioni sociali riferiti ad assicurati Metasalute.

**68.** Inoltre, l'Istituto rileva che ISP RBM e Previmedical, a sostegno dell'asserita esiguità del numero dei reclami, riportano il numero dei reclami ricevuti ai sinistri gestiti mentre, come risulta dai dati sui reclami pubblicati sul sito IVASS ([www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/reportistica-reclami/2020-ann0/index.html](http://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/reportistica-reclami/2020-ann0/index.html)), la percentuale di incidenza dei reclami va più correttamente misurata sul numero dei contratti. Tale indicatore continua ad evidenziare come ISP RBM nel 2020 sia tra le imprese con il peggiore indicatore nella classifica reclami per il ramo danni (escluso RC auto).

**69.** Alla luce di quanto sopra esposto, nel rilevare che questa Autorità ha rigettato gli impegni presentati dai professionisti, perché ha ritenuto sussistente il proprio interesse all'accertamento dell'eventuale violazione, l'Istituto ha rappresentato di non avere osservazioni da formulare.

## VI. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

**70.** Il procedimento concerne la pratica commerciale posta in essere dai professionisti nell'offerta di servizi assicurativi e consistente in condotte e omissioni volte a ostacolare l'esercizio dei diritti derivanti dal rapporto contrattuale.

In sede di avvio del procedimento era stata contestata anche la pratica commerciale avente ad oggetto l'ingannevolezza di un messaggio pubblicitario diffuso a mezzo stampa dove la "*POLIZZA STOP LISTE DI ATTESA DI RBM*" era prospettata come soluzione a chi è "*stufo dei tempi del Servizio Sanitario Nazionale*". Nella comunicazione del termine di conclusione della fase istruttoria non è stata confermata la predetta contestazione, in quanto è risultato che il prodotto "*POLIZZA STOP LISTE D'ATTESA DI RBM*" non è mai stato commercializzato al pubblico<sup>74</sup>. Pertanto, il messaggio pubblicitario contestato non ha dato luogo ad alcun "rapporto di consumo".

### *1) Questioni preliminari*

**71.** In via preliminare si rileva che non appare ostativa alla sussistenza di un "*rapporto di consumo*" la circostanza, evidenziata da ISP RBM, secondo cui la negoziazione delle condizioni delle polizze collettive e la sottoscrizione dei relativi contratti avverrebbe direttamente tra ISP RBM e i fondi sanitari o le aziende, con la conseguenza che i singoli assicurati beneficiano delle coperture solo a fronte della loro adesione al fondo di riferimento.

A riguardo, va precisato che il legislatore europeo e quello italiano, in occasione del recepimento della Direttiva n. 2005/29, prendono in considerazione non soltanto un rapporto contrattuale tra professionista e consumatore, ma anche la sussistenza di un rapporto economico che, in senso lato, leghi i due soggetti e che abbia una connessione con il rapporto negoziale.

L'applicazione della normativa sulle pratiche commerciali scorrette a prescindere dall'instaurazione di un rapporto contrattuale diretto tra professionista e consumatore, è confermata dal considerando n. 13 della Direttiva n. 2005/29, secondo cui "*Per sostenere la fiducia da parte dei consumatori il divieto generale dovrebbe applicarsi parimenti a pratiche*

---

<sup>74</sup> Cfr. comunicazione di ISP RBM prot. 13677 del 18 gennaio 2021.

*commerciali sleali che si verificano all'esterno di un eventuale rapporto contrattuale tra un professionista ed un consumatore o in seguito alla conclusione di un contratto e durante la sua esecuzione*”, nonché da pronunce giurisprudenziali sia in ambito europeo che nazionale<sup>75</sup>.

**72.** Pertanto, una condotta non diligente può essere scrutinata ai sensi del Codice del Consumo anche quando manchi un rapporto contrattuale diretto tra professionista e consumatore. ISP RBM, anche se intrattiene un rapporto contrattuale con i fondi sanitari o le aziende, instaura comunque con l'utente una relazione di carattere economico tutelata dal Codice del Consumo. Il consumatore, infatti, anche se terzo rispetto al contratto tra fondi sanitari e professionista, è il soggetto il cui interesse costituisce la causa dello stesso rapporto negoziale.

L'intervento del fondo sanitario nell'acquisto dei servizi assicurativi della Compagnia non è quindi idoneo a escludere l'applicazione della normativa sulle pratiche commerciali scorrette tenuto conto che il destinatario finale di tale rapporto e l'utilizzatore del servizio è pur sempre il consumatore.

**73.** Peraltro, il tema della mancanza di un rapporto contrattuale non si pone in quei casi in cui l'adesione alla sanità integrativa avviene tramite una decisione volontaria del lavoratore/consumatore, che pertanto sostiene interamente il costo del contributo di adesione. Nella memoria difensiva del 16 dicembre 2020, ISP RBM cita quale esempio di tale modalità l'adesione ad una Società di Mutuo Soccorso ricompresa nel campione rappresentativo di fondi sanitari assistiti.

Infine, il rapporto contrattuale diretto è evidente nei frequenti casi in cui il consumatore, per fruire di una copertura più ampia rispetto a quella base dedotta in convenzione (ad esempio, l'estensione della copertura assicurativa al nucleo familiare, oppure formule di *upgrade* di copertura), sia chiamato ad integrare la quota versata dal datore di lavoro alla compagnia assicurativa.

**74.** Ne deriva che le condotte in esame sono state poste in essere da professionisti nell'esercizio della propria attività imprenditoriale<sup>76</sup> di

---

<sup>75</sup> La giurisprudenza europea (Corte eur. giust. 20 luglio 2017, causa C-357/16) afferma anche che: «*in forza dell'articolo 3, paragrafo 1, della direttiva sulle pratiche commerciali sleali, letto alla luce del considerando 13 della stessa, tale direttiva si applica alle pratiche commerciali sleali poste in essere da un'impresa, anche all'esterno di un eventuale rapporto contrattuale*». Nello stesso senso la giurisprudenza nazionale (Cons. St. 15 luglio 2019, n. 4976, nonché Tar Lazio 3 giugno 2019, n. 7122) secondo cui il Codice del Consumo «*non punisce le "pratiche commerciali" scorrette solo se poste in essere con la finalità di instaurare un rapporto diretto tra il professionista cui è riferibile, in via diretta, la "pratica commerciale" ed il consumatore, estendendosi la tutela a tutte le pratiche commerciali idonee ad influire su qualunque decisione a contenuto economico del consumatore*».

<sup>76</sup> La giurisprudenza europea ha sempre sostenuto l'ampiezza della nozione di professionista. Cfr., da ultimo, Corte eur. giust. 4 ottobre 2018, causa C-105/17, *Kamenova* secondo cui: «*il legislatore dell'Unione*

fornitori di servizi assicurativi, di cui i consumatori costituiscono i fruitori finali.

**75.** Devono considerarsi responsabili della condotta contestata e, quindi, destinatarie del provvedimento, sia ISP RBM che Previmedical. La prima ha affidato a Previmedical la gestione e liquidazione delle pratiche di sinistro sulla base di uno specifico contratto di fornitura di servizi che le attribuisce prerogative di indirizzo, monitoraggio, controllo generale e approvazione delle attività del Provider. Previmedical svolge tutte le attività di carattere operativo successive alla vendita del prodotto assicurativo da parte di ISP RBM, finalizzate alla gestione e liquidazione dei sinistri in favore degli assicurati, con i quali interagisce direttamente. Pertanto, la pratica contestata si è estrinsecata in comportamenti commissivi di Previmedical, quale responsabile della gestione dei sinistri e dei rapporti con gli assicurati, e in comportamenti omissivi e commissivi di ISP RBM che non ha adempiuto con la dovuta diligenza al dovere di vigilare sull'operato del Provider e ha fornito indicazioni operative che si sono tradotte in ostacoli per gli utenti.

**76.** In quest'ottica appare destituita di fondamento la tesi difensiva di Previmedical, secondo cui le condotte contestate non potrebbero esserle attribuite in quanto essa opererebbe in totale assenza di autonomia, essendo tenuta a seguire regole e indicazioni contenute nel contratto di *outsourcing* sottoscritto con ISP RBM.

Al riguardo, si ribadisce che Previmedical instaura un rapporto diretto con gli assicurati gestendo e liquidando le pratiche di sinistro per conto di ISP RBM. Orbene, non è revocabile in dubbio che Previmedical sia un professionista ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera b), del Codice del Consumo, giacché pone in essere le condotte oggetto del procedimento nel quadro della propria attività imprenditoriale di fornitore di servizi della quale fruiscono i consumatori. Tale circostanza è ben evidenziata nell'art. 3 ("Modalità di prestazione delle attività") del vigente contratto di fornitura di servizi tra ISP RBM e Previmedical, dove quest'ultima si impegna a

---

*ha sancito una nozione particolarmente ampia di «professionista», la quale comprende «qualsiasi persona fisica o giuridica» in quanto eserciti un'attività remunerata». Tale ampia nozione è stata accolta anche dalla giurisprudenza amministrativa nazionale: cfr., ad es., Tar Lazio 18 gennaio 2011, n. 448 e 449 e Tar Lazio 21 gennaio 2010, n. 645, secondo cui le definizioni di "professionista" e di "pratiche commerciali tra professionisti e consumatori" adottate dal legislatore nazionale sono «estremamente ampi[e], essendo sufficiente che la condotta venga posta in essere nel quadro di un'attività d'impresa finalizzata alla promozione e/o commercializzazione di un prodotto o di un servizio». Nella sentenza Tar Lazio 21 gennaio 2010, n. 645, il giudice ha finanche chiarito che: «Al fine di garantire l'effetto utile della disciplina sulle pratiche commerciali scorrette, deve infatti essere considerato professionista qualunque soggetto che partecipi alla realizzazione della pratica, traendone uno specifico e diretto vantaggio economico e/o commerciale».*

svolgere le attività *“in piena autonomia e sotto la propria responsabilità e...con organizzazione propria, con esercizio diretto ed esclusivo del potere organizzativo e direttivo nei confronti del personale adibito alle attività e con assunzione della gestione a proprio rischio”*<sup>77</sup>.

77. Inoltre, deve rigettarsi la censura riguardante la violazione del termine massimo di avvio del procedimento sanzionatorio di cui all’art. 14 della legge n. 689/81.

Al riguardo, si osserva che la giurisprudenza ha già avuto modo di evidenziare che il termine decadenziale di cui all’art. 14 della l. n. 689/1981 non trova applicazione nei procedimenti di competenza di questa Autorità.

Per costante giurisprudenza, il procedimento di accertamento delle pratiche commerciali scorrette disciplinato dal decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, recante *“Codice del Consumo”*, è sottoposto ad una *“normativa speciale, e perciò derogatoria rispetto alla normativa generale [di cui alla legge n. 689/81], richiamata in quanto applicabile”*<sup>78</sup>.

Invero, il richiamo operato dall’art. 27 del Codice del Consumo alle disposizioni del Capo I, Sez. I, e agli articoli 26, 27, 28 e 29 della l. n. 689 del 1981, vale solo nei limiti in cui questi risultino applicabili (*“in quanto applicabili”*) e solo con riferimento all’irrogazione delle sanzioni amministrative, e non, invece, per quanto concerne il procedimento volto all’accertamento delle violazioni.

A quest’ultimo riguardo, infatti, viene in rilievo l’art. 27, comma 11, del Codice del Consumo, secondo cui la relativa *“procedura istruttoria”* è quella disciplinata con regolamento dell’Autorità, in modo tale da garantire agli interessati *“il contraddittorio, la piena cognizione degli atti e la verbalizzazione”*.

In attuazione della norma, la disciplina delle procedure istruttorie è attualmente rinvenibile, anche per quanto concerne l’esercizio dei poteri istruttori dell’Autorità stabiliti dall’art. 27 del Codice del Consumo, nel Regolamento sulle procedure istruttorie del 1° aprile 2015 (delibera n. 25411) che stabilisce uno specifico procedimento per l’accertamento delle violazioni del divieto di pratiche commerciali scorrette.

In proposito, occorre ricordare che il procedimento si articola in tre fasi: **a)** la fase preistruttoria che precede la comunicazione di avvio del procedimento; **b)** la fase istruttoria, che è volta ad acquisire gli elementi di prova ai fini

---

<sup>77</sup> Allegato 3.1 alla memoria difensiva di ISP RBM.

<sup>78</sup>Cfr. Consiglio di Stato, sez. VI, 20 luglio 2001, n. 4053, nonché, in senso conforme, Consiglio di Stato, sez. VI, 8 marzo 2010, n. 1307.

all'eventuale accertamento della violazione in contraddittorio con le parti; c) la fase di chiusura, preceduta dalla comunicazione del termine di chiusura dell'istruttoria, che sfocia nell'adozione del provvedimento finale con il quale, se del caso, l'Autorità accerta la violazione ed irroga le sanzioni (art. 27 del Codice del Consumo).

Il procedimento in materia di pratiche commerciali scorrette risulta dunque incompatibile con il modello procedimentale stabilito dagli artt. 13 e ss. della legge 689/81, prima di tutto in quanto gli atti di indagine volti all'accertamento delle violazioni sono svolti in contraddittorio con le parti, mentre nello schema procedurale stabilito dalla legge n. 689/81 il contraddittorio è eventuale e successivo all'accertamento della violazione e alla notifica della contestazione (cfr. artt. 14 e 18 della legge n. 689/81).

È quindi evidente che l'atto di avvio di istruttoria non è minimamente paragonabile alla contestazione dell'accertamento della violazione di cui all'art. 14 della legge 689/81, in quanto è meramente funzionale all'esercizio dei poteri dell'Autorità (cfr. art. 27 del Codice del Consumo) in contraddittorio con le parti interessate.

Da qui la conseguente inapplicabilità dello schema procedurale della legge n. 689/81 proprio grazie alla presenza di maggiori garanzie, sotto il profilo della tutela del contraddittorio, nella disciplina del procedimento dinanzi all'Autorità di cui al citato Regolamento sulle procedure istruttorie del 1° aprile 2015. In effetti, tale procedimento è caratterizzato da un'esigenza di tutela rafforzata del contraddittorio che è assente in altri modelli procedurali. Si evidenzia che lo scopo delle regole procedurali stabilite dalle norme sopra richiamate del Codice del Consumo e del Regolamento sulle procedure istruttorie, così come quelle comunitarie cui le prime si ispirano, è quello di assicurare il pieno esercizio dei diritti di difesa delle imprese indagate, nel rispetto del principio c.d. di "parità delle armi", elaborato dalla giurisprudenza dell'Unione europea. A tale scopo, infatti, è volta la regolamentazione dei poteri istruttori dell'Autorità, nonché dei diritti e facoltà delle parti, con particolare riguardo al diritto di essere sentiti e di accedere agli atti del fascicolo istruttorio.

Per tale ragione, la disciplina sul procedimento in esame ha natura speciale anche rispetto alla disciplina generale sul procedimento amministrativo e, come confermato dalla giurisprudenza, assume carattere tendenzialmente tipico e ad applicazione generale, nel senso che l'Autorità ordinariamente agisce ed esercita i suoi poteri nelle forme previste dall'art. 27 del Codice del Consumo. Sotto un profilo sistematico, non c'è quindi dubbio che,

nell'ambito dell'esercizio delle proprie funzioni di accertamento delle pratiche commerciali scorrette, quali quelle oggetto del provvedimento in esame, l'Autorità è tenuta ad agire e a esercitare i suoi poteri nelle forme previste dall'articolo 27 del Codice del Consumo e dal Regolamento sulle procedure istruttorie del 1° aprile 2015<sup>79</sup>.

In coerenza con tali principi, pertanto, *“appare condivisibile quell'orientamento giurisprudenziale, per cui i termini perentori previsti dall'art. 14 l. n. 689/1981 non siano applicabili ai procedimenti di competenza dell'AGCM...[...], avendo tale norma carattere suppletivo in assenza di una disciplina speciale, nel caso di specie costituita dalla disciplina dei procedimenti di competenza dell'Autorità...[...].”*<sup>80</sup>. Tale conclusione si colloca, peraltro, nell'ambito di un orientamento ampiamente condiviso e radicato nella giurisprudenza amministrativa<sup>81</sup>.

Peraltro, nel caso di specie non risponde al vero che, come asserito dai professionisti, con la “copiosa” documentazione trasmessa da Altroconsumo nel luglio 2019 e da IVASS nel luglio 2020 l'Autorità avesse già acquisito piena conoscenza del comportamento asseritamente illecito.

La segnalazione del luglio 2019 di Altroconsumo è di fatto coincisa con le iniziative assunte dall'Istituto di vigilanza.

Il protocollo di intesa tra l'IVASS e questa Autorità del 7 ottobre 2014 in materia di tutela del consumatore nel mercato assicurativo ravvisa l'opportunità di realizzare un coordinamento tra le due Autorità che consenta a ciascuna di tener conto delle iniziative assunte dall'altra al fine, tra l'altro, di promuovere l'efficienza e la coerenza dell'azione amministrativa, evitando sovrapposizioni nei rispettivi interventi a tutela dei consumatori.

IVASS nel luglio del 2020, sulla base del protocollo d'intesa sopra citato, aveva trasmesso non solo documentazione riguardante le criticità riscontrate nella gestione dei sinistri da parte dei professionisti ma anche uno stralcio del piano rimediale predisposto da ISP RBM a seguito dell'ispezione effettuata dallo stesso Istituto. Il piano rimediale, valutato positivamente da IVASS, veniva adottato dal professionista nei primi mesi del 2020. Ciò imponeva a questa Autorità di apprezzare e monitorare gli effetti delle misure sulle condotte segnalate. Soltanto quando è pervenuta la successiva

---

<sup>79</sup> Cfr. Consiglio di Stato, Sez VI, n. 1307/2010.

<sup>80</sup> In tal senso, Cons. Stato, Sez. VI, 25 giugno 2019, n. 4357; id., 20 giugno 2019, n. 4215; Consiglio di Stato, Sez. VI, 12 febbraio 2020, n. 1046.

<sup>81</sup> Cfr., ad esempio, Consiglio di Stato 19 dicembre 2019, n. 8585; Id., 2 settembre 2019, n. 6033; Id. 25 giugno 2019, n. 4357; Id 20 giugno 2019, n.4215; 29 maggio 2018, n. 3197; 4 ottobre 2017, n. 4625, Id., 2 luglio 2015, n. 3291; Id., 8 luglio 2015 n. 3401, Id. 22 luglio 2014, n. 3893; 21 gennaio 2012, n. 306, Id.27 febbraio 2012 n. 1084; Id., 3 aprile 2009, n. 2092.

segnalazione del 25 settembre 2020 di Altroconsumo, con la quale l'associazione denunciava la persistenza delle criticità relative alla fornitura di servizi assicurativi da parte dei professionisti risultante da altri 589 reclami ricevuti fino al mese di luglio 2020, si è avuta contezza dell'attualità e della consistenza dell'infrazione e dei suoi effetti, che hanno reso indifferibile l'intervento dell'Autorità concretizzatosi con l'avvio del procedimento istruttorio comunicato ai professionisti il 25 novembre 2020.

Pertanto, il fatto che l'avvio dell'istruttoria sia stato deliberato a distanza di alcuni mesi dalla prima segnalazione non può in alcun modo essere considerato come una violazione dei diritti delle imprese coinvolte, né un superamento dei termini procedurali, in quanto la valutazione degli elementi per l'avvio dell'istruttoria ha dovuto tener conto del complesso perimetro degli stessi.

**78.** Parimenti infondato è l'argomento secondo cui, a causa dell'accesso "tardivo" alla documentazione acquisita dall'Autorità nel corso delle ispezioni, i professionisti non avrebbero avuto un tempo sufficiente per esaminare detta documentazione e per predisporre le loro difese.

In primo luogo, si fa presente che dopo lo scioglimento da parte degli Uffici del differimento dell'accesso alla documentazione acquisita nel corso delle ispezioni, ISP RBM e Previmedical hanno reiterato le istanze di riservatezza in merito alla documentazione in questione. Pertanto, l'individuazione dei documenti accessibili è avvenuta solo a conclusione del contraddittorio con i professionisti<sup>82</sup>, cui è tempestivamente seguito l'accesso agli atti.

Tant'è che le considerazioni difensive svolte nelle memorie conclusive dei professionisti riguardano principalmente la rilevanza dei documenti acquisiti nel corso delle ispezioni e richiamati a titolo esemplificativo nella comunicazione del termine di conclusione dell'istruttoria (circa 20).

In ogni caso, si consideri che tutte le richieste di proroga del termine per la presentazione di memorie e documenti formulate dai professionisti sono state accolte per tutelare il diritto di difesa delle Parti. In particolare, il 28 aprile 2021, è stata comunicata ai professionisti la proroga al 20 maggio della data di conclusione della fase istruttoria e del termine per la produzione di memorie e documenti (ISP RBM aveva chiesto la proroga di tale termine al 18 maggio 2021, Previmedical al successivo 20 maggio 2021).

Il 5 maggio 2021 ISP RBM ha chiesto un'altra proroga al 25 maggio 2021

---

<sup>82</sup> Comunicazioni dell'Autorità prot. 37476 e 37479 del 15 aprile 2021, comunicazioni di Previmedical e di ISP RBM prot. 39375 e 39376 del 23 aprile 2021, comunicazioni dell'Autorità prot. 42132 e 42133 del 3 maggio 2021 e verbali di accesso agli atti del 7 maggio 2021.

del termine per la produzione di memorie e documenti mentre Previmedical non ha formulato alcuna istanza a riguardo. Il successivo 11 maggio è stata comunicata ai professionisti la proroga al 25 maggio della data di conclusione della fase istruttoria e del termine per la produzione di memorie e documenti.

## **2) Valutazioni nel merito**

**79.** Dalle risultanze istruttorie<sup>83</sup> emerge che ISP RBM e Previmedical hanno posto in essere condotte commissive e omissive volte a ostacolare l'esercizio dei diritti derivanti dal rapporto contrattuale, esponendo i consumatori a disguidi e disservizi nella fruizione delle prestazioni assistenziali.

**80.** ISP RBM ha ricevuto 9.203 reclami nel periodo gennaio 2018 - giugno 2020 ed ha precisato che circa il 95% degli stessi attengono ai profili evidenziati nella comunicazione di avvio del procedimento. Con riferimento al periodo luglio - ottobre 2020 ha indicato il numero dei reclami afferenti ai soli profili evidenziati nella comunicazione di avvio di istruttoria, che sono stati 899<sup>84</sup>.

**81.** L'obiezione sollevata dai professionisti secondo cui si tratterebbe di un numero di reclami del tutto fisiologico rispetto alle denunce di sinistro gestite nel triennio di riferimento (oltre 8,6 milioni con una incidenza di poco superiore allo 0,1%) e, dunque, inidoneo a corroborare la sussistenza di una pratica commerciale loro imputabile, è inconferente.

Secondo il costante orientamento dell'Autorità, confermato anche dalla giurisprudenza amministrativa, ai fini della configurazione dell'illecito non occorre l'analisi degli effetti prodotti dalla condotta, essendo sufficiente che, sulla base di un giudizio prognostico, la stessa sia ritenuta idonea a limitare considerevolmente le scelte dei consumatori, trattandosi di un illecito di pericolo<sup>85</sup>.

In ogni caso, il numero di reclami relativi alle condotte dei professionisti non può certo considerarsi esiguo, seppur rapportato al numero di sinistri. Sul

---

<sup>83</sup> Circa 9000 reclami relativi agli anni 2018,2019 e 2020 acquisiti da ISP RBM (cfr. verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 26 novembre 2020, allegato 17.2.4, e memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegati 16.1 e 21), circa 700 documenti acquisiti ad esito delle attività ispettive (cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical del 25 novembre 2020, allegati 15.3.1 – 15.3.488 e verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 25 novembre 2020, allegati 16.4.1 -16.4.204) e oltre 70 segnalazioni pervenute da consumatori durante l'istruttoria.

<sup>84</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020.

<sup>85</sup> In tal senso, tra le tante, Tar del Lazio 22 ottobre 2015 n. 12081, Tar del Lazio 24 novembre 2015 n. 13263, Tar del Lazio, sez. I, 8 aprile 2009 n. 3722, confermata da Consiglio di Stato, sez. VI, 17 aprile 2012 n. 4753, nonché Tar del Lazio 4 gennaio 2019 n. 61.

punto IVASS, nel parere reso, ha fatto presente che la percentuale di incidenza dei reclami, piuttosto che rapportata al numero di sinistri, andrebbe più correttamente misurata sul numero dei contratti e che tale indicatore continua a evidenziare come ISP RBM nel 2020 sia tra le imprese con il peggiore risultato<sup>86</sup> nella classifica reclami per il ramo danni (escluso rc auto).

**82.** In realtà, le evidenze in atti comprovano l'esistenza di rilevanti criticità nelle modalità di prestazione dei servizi assicurativi da parte dei professionisti e dimostrano l'effettiva realizzazione dell'illecito contestato, nonché l'ampiezza della sua diffusione e ripetizione in un arco temporale significativo.

**83.** In particolare, risultano confermate le difficoltà degli utenti ad accedere ai servizi prestati a causa della condotta ostruzionistica dei professionisti, che ha avuto l'effetto di limitare le prestazioni rendendo così inoperante la convenzione sottoscritta dai fondi sanitari.

**84.** In questo senso depongono le difficoltà segnalate dai consumatori all'Autorità nel corso del procedimento e dagli aderenti al fondo sanitario MètaSalute, che da solo raccoglie oltre un terzo del numero di assicurati ISP RBM e rappresenta una parte considerevole dei reclami ricevuti dalla Compagnia.

**85.** Dalla documentazione in atti emergono, infatti, ritardi nel fornire risposta alle richieste degli assicurati, reiterate e non giustificate richieste di integrazione documentali, respingimenti di richieste con motivazioni pretestuose o non coerenti e la conseguente necessità di avviare una nuova pratica, ritardi e carenze nella gestione del rilascio del *Voucher Salute* e delle prese in carico per le prestazioni dirette, l'adozione di procedure defatiganti ed inefficienti nelle prestazioni che richiedono più cicli di sedute, ritiri di autorizzazioni alle prestazioni già rilasciate, arbitrarie limitazioni introdotte nella prassi liquidativa, difficoltà a contattare l'assistenza clienti e scarsa efficacia della stessa.

**86.** Le reiterate e spesso non giustificate richieste di integrazione documentale hanno ostacolato la fruizione delle prestazioni assistenziali. Esse sono documentate dal lato degli utenti e sono risultate note anche agli stessi professionisti. Si veda, ad esempio, quanto scrive un consumatore che ha ricevuto una richiesta di integrazione: *“Sono cosciente che Rbm ha il*

---

<sup>86</sup> Infatti, nella classifica ISP RBM risulta la sesta peggior impresa vigilata del canale tradizionale in termini di numero di reclami ogni 10.000 contratti nell'area liquidativa (dove si concentra la quasi totalità dei reclami di ISP RBM secondo le rilevazioni IVASS). In particolare, la classifica riporta per ISP RBM un numero di 5,58 reclami ogni 10.000 contratti, contro una media di 3,82 del gruppo di riferimento.

*diritto di richiedere documentazione integrativa, ma non è accettabile che le regole cambino arbitrariamente ad ogni rimborso, anche a parità di prestazione....Se escludiamo che la ragione di questo sia l'incapacità di operatori e consulenti Rbm, resta un'unica ipotesi: tutto ciò fa capo ad un'azione congiunta per prevaricare l'iscritto, assillarlo con ogni mezzo e con il solo unico obiettivo di indurlo a rinunciare al rimborso. In breve: fare di tutto per non pagare”<sup>87</sup>.*

Lo stesso vale per il reclamo<sup>88</sup> di un assicurato il quale afferma che i professionisti hanno adottato *“una politica dilatoria e defatigatoria che certamente non vi fa onore. E intanto sono passati 100 giorni dalla richiesta inevasa.”*. Al consumatore, infatti, era stata prima richiesta documentazione a supporto del sinistro pur avendo prodotto la cartella clinica completa; poi era stata eccepita la mancanza del certificato di pronto soccorso nonostante si trattasse di un intervento chirurgico per il quale le condizioni di polizza non richiedevano tale documento; infine i professionisti avevano arbitrariamente ritenuto la prestazione fuori franchigia. In effetti, dopo il reclamo, la pratica è stata liquidata integralmente.

**87.** Nella consapevolezza di simili criticità, un *manager* di ISP RBM<sup>89</sup> in data 17 marzo 2020, esorta i liquidatori a *“verificare nel merito la documentazione allegata alle domande di rimborso e soprattutto alle pec perché un diniego reiterato, non suffragato da prove o valide argomentazioni e sconfessato da una semplice lettura del contratto e della documentazione inviataci, espone la compagnia a un rischio reputazionale non di poco conto”*.

Respingimenti o richieste pretestuose di integrazione di domande di rimborso sono descritte anche in diverse segnalazioni pervenute all'Autorità<sup>90</sup> e la circostanza che talvolta i professionisti rivalutino la pratica in favore dei consumatori non fa venir meno la scorrettezza della condotta. Gli assicurati, infatti, hanno dovuto porre in essere una defatigante attività per ottenere il riconoscimento di un diritto contrattualmente previsto.

Peraltro, in questo contesto l'intervento del *manager* nei confronti dei

---

<sup>87</sup> Segnalazione prot. 89156 del 1° dicembre 2020. Per altro esempio di respingimento pratica analoga ad altra in precedenza liquidata si veda la memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 21, segnalazione n. 45.00 del 2018.

<sup>88</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegati nn. 15.3.288 e 15.3.289. Si veda anche la memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 21, segnalazioni nn. 1019.00 e 4062.00 del 2018.

<sup>89</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.131.

<sup>90</sup> Segnalazione prot. 11370 del 11 gennaio 2021. Si veda anche la memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 21, segnalazioni nn. 78.00, 384.00 e 4771.00 del 2018.

liquidatori, che ISP RBM qualifica come “*attenzione a intercettare eventuali anomalie*”, appare realmente sintomatico di un *modus operandi* generalizzato tale da essere ritenuto dai vertici aziendali allarmante ai fini reputazionali, atteso che la lettura della documentazione allegata alle domande di rimborso rientra tra gli adempimenti basilari dei liquidatori che invece per prassi disattendono.

**88.** La fruizione della prestazione sanitaria programmata è stata ostacolata anche dall’adozione di procedure inefficienti e da errori di gestione. Dopo il reclamo di un consumatore, infatti, un dipendente di Previmedical afferma: “*l’assistito ha ragione, non abbiamo rispettato i termini contrattuali di lavorazione ma ricordo anche gli errori (non imputabili all’assistito) che sono stati: pratica aperta non correttamente (ambulatoriale invece di ricovero), mancanza di richiesta immediata di documentazione*”<sup>91</sup>.

Si noti che, nonostante nel mese di aprile 2020 nell’ambito del piano rimediale sia stata introdotta la facoltà per l’assicurato di riutilizzare la documentazione inserita in una pratica respinta, senza obbligo di ricaricare *ex novo* i dati e i documenti già forniti<sup>92</sup>, nell’agosto 2020 Previmedical formulava a un consumatore la seguente richiesta: “*La preghiamo dunque di inserire una nuova domanda di rimborso completa di tutta la documentazione richiesta a termini di polizza, rammentandole che tale documentazione deve essere allegata in toto ad ogni sinistro*”<sup>93</sup>.

Al riguardo si rileva che, la scorrettezza della pratica non consiste nell’aver modificato le proprie modalità operative solo a seguito dell’intervento dell’Istituto di vigilanza, ma riguarda le conseguenze sui tempi di lavorazione delle pratiche e sulle legittime aspettative dei consumatori ad una diligente gestione dei sinistri scevra da confuse e farraginose procedure.

**89.** Come descritto nelle risultanze istruttorie le prestazioni sanitarie sono fruibili in forma diretta attraverso il *Voucher Salute* e la Presa in carico (“*PIC*”).

La gestione dei *Voucher Salute* costituisce una delle maggiori criticità rilevate nel corso del procedimento. Lo stesso Istituto di Vigilanza nel parere reso ha rilevato che continuano a pervenire lamentele relative alla gestione dei *Voucher Salute*.

---

<sup>91</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.190.

<sup>92</sup> Cfr. memoria di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020 e memorie di Intesa Sanpaolo RBM Salute prot. 93136 del 16 dicembre 2020 e prot. 47854 del 25 maggio 2021.

<sup>93</sup> Verbale di accertamento ispettivo presso Intesa Sanpaolo RBM Salute del 25 novembre 2020, allegato n. 16.4.174.

I tempi di autorizzazione del *Voucher Salute* forniti da Previmedical (complessivamente inferiori ai 7 giorni contrattualmente previsti e compresi tra i 2 giorni e i 6,1 giorni per il fondo sanitario Metasalute)<sup>94</sup> sono contraddetti dai contenuti di alcune comunicazioni interne dell'ottobre 2020 rinvenute in ispezione<sup>95</sup>. Un dipendente Previmedical, infatti, a proposito della reportistica sui tempi di autorizzazione *Voucher* inviata al fondo sanitario Metasalute, afferma: *“A settembre abbiamo inviato al fondo una reportistica (fino ad agosto) con una percentuale di lavorazione fuori SLA<sup>96</sup> allo 0,47%, realmente però siamo al 15%”*. Dallo stesso documento si evince che per alcune tipologie di prestazioni la percentuale di lavorazioni fuori SLA è anche superiore al 40%, come per il *“piano di cure odontoiatrico”* e gli *“esami di laboratorio”*.

Con riferimento al successivo *report* di settembre, si afferma che la percentuale fuori SLA indicata è 0,16% mentre *“quella effettiva è stata dell'11%”*. In altra *email* acquisita in ispezione datata 21 luglio 2020 un *manager* di Previmedical rappresenta l'esigenza di *“recuperare arretrati voucher su Metasalute urgentemente”*, sottolineando *“Queste pratiche sono di inizio giugno e a forte rischio segnalazione”*<sup>97</sup>.

Sul punto ISP RBM afferma di aver ricevuto dal Provider esclusivamente i *report* che davano una percentuale di lavorazione fuori SLA pari solo allo 0,47% e di aver saputo che l'effettiva tempistica di rilascio del *voucher* sarebbe stata diversa solo a seguito della comunicazione delle risultanze istruttorie.

Benché Previmedical spieghi le percentuali più elevate di lavorazione come il risultato di una elaborazione effettuata su parametri diversi rispetto a quelli della reportistica forniti alla Compagnia, sta di fatto che le comunicazioni sopra citate mostrano inequivocabilmente la consapevolezza che i tempi effettivi di rilascio del *voucher* fossero ben superiori a quelli previsti contrattualmente. Diversamente, non si spiegherebbe l'urgenza evidenziata dal *manager* di Previmedical di *“recuperare arretrati voucher su Metasalute”*.

Quanto a ISP RBM, essa era comunque a conoscenza dei ritardi in questione avendo ricevuto segnalazioni da parte di consumatori poi prodotte dalla

---

<sup>94</sup> Cfr. memoria di Previmedical prot. 95658 del 24 dicembre 2020.

<sup>95</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegati nn. 15.3.8, 15.3.37 e 15.3.38.

<sup>96</sup> L'acronimo “SLA” sta per *service level agreement* (in italiano, accordo sul livello del servizio).

<sup>97</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.40.

stessa Compagnia agli atti del procedimento<sup>98</sup>. Peraltro, a taluni di tali consumatori ISP RBM ha fornito riscontro scusandosi per il disagio o per il ritardo nella gestione della pratica<sup>99</sup>.

**90.** I reclami acquisiti lamentano l'adozione di procedure defatiganti per il rilascio dei *voucher* per le prestazioni che prevedono cicli di più sedute, come la fisioterapia e la radioterapia, per le quali è necessario inserire una richiesta per ogni seduta.

Sul punto, ISP RBM ha fatto presente che la scelta della Compagnia di inserire una richiesta per ogni seduta sarebbe dovuta alla necessità di verificare che la polizza, nel momento in cui la prestazione viene effettuata, sia ancora attiva.

Tale ricostruzione è smentita dalla documentazione acquisita in sede ispettiva<sup>100</sup>, da cui emerge che ISP RBM ha dato indicazioni al *Provider* di autorizzare tali terapie per seduta e non per ciclo di cura per effettuare un più efficace controllo della spesa.

Il controllo della spesa, così come realizzato, ha avuto ripercussioni negative sulla continuità delle prestazioni, al di là di ogni legittimo criterio di contenimento dei costi.

Gli assicurati che si sottopongono a cicli di radioterapia o di fisioterapia lamentavano che *“con il sistema di conferma dei voucher singoli [è] molto difficile/impossibile rispettare le prescrizioni mediche”*<sup>101</sup> in quanto, una volta effettuata la prima seduta, erano costretti a comunicare a Previmedical la data di successiva seduta (spesso quella del giorno seguente) affrontando anche le difficoltà di contattare la centrale operativa dello stesso professionista. Tant'è che un assistito afferma: *“è assolutamente vessatorio richiederci ogni volta di chiamarvi per ogni singola seduta di fisioterapia e ogni volta dover lasciare il messaggio senza essere richiamati. Ribadisco inoltre che queste nuove procedure... non sono gestibili visto che si devono presentare ogni volta delle nuove domande e non si può integrare la domanda iniziale online, e che il vostro servizio telefonico è spessissimo non operativo. Se sono state prescritte 10 sedute, dovete autorizzare le 10 sedute, una volta per tutte!”*<sup>102</sup>.

---

<sup>98</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazioni nn. 1822, 1836, 1927, 2218, 2279 e 2296.

<sup>99</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazioni nn. 2218 e 2279.

<sup>100</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.111.

<sup>101</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazione n. 2060.

<sup>102</sup> Memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 16.1, segnalazione n. 2031.

Le criticità delle regole operative adottate per la gestione delle prestazioni con più sedute veniva riscontrato anche dal lato delle strutture sanitarie, al punto che l'Istituto Europeo di Oncologia dichiara la propria indisponibilità a convenzionare la radioterapia a singola seduta<sup>103</sup> e un istituto fisioterapico<sup>104</sup> rappresenta a ISP RBM *“il disservizio che i vostri clienti stanno riscontrando. Le premetto che, dall’inserimento del sistema Voucher, la situazione è diventata critica per noi che gestiamo prestazioni “a ciclo” ossia che restano uguali e si ripetono nel tempo. Per spiegarle in poche parole il cambiamento siamo passati da: Prima del sistema voucher una presa in carico è valida per un ciclo di sedute di fisioterapia (10, 12, 20 sedute a seconda della prescrizione). Dopo il sistema voucher una presa in carico è valida per una singola seduta di fisioterapia (quindi per un ciclo di 10 sedute ci ritroviamo 10 prese in carico). Come noi anche le procedure di attivazione in capo ai vostri clienti si sono moltiplicate generando malcontento. [...] In questo modo si compromette la continuazione del ciclo fisioterapico del paziente”*.

La consapevolezza di ISP RBM dei disagi patiti dai consumatori nella fruizione dei cicli di cura ha portato, solo nel mese di maggio 2021, all'adozione della modifica delle regole operative, applicate da Previmedical, che consentono un'unica autorizzazione per l'intero ciclo di cure.

**91.** I disagi subiti dai consumatori nell'assistenza in forma diretta attraverso la c.d. Presa in carico (“PIC”) sono documentati dalla comunicazione di un *manager* di ISP RBM acquisita in ispezione: *“spesso l'autorizzazione alle prestazioni dirette arriva poche ore prima della prestazione. Magari la sera prima per la mattina. Se la documentazione non va bene, non riescono a farla rettificare dal medico, non hanno il tempo e quindi sono costretti a rimandare la prestazione. Le richieste, ho verificato, arrivano a noi almeno una settimana prima rispetto alla data della prestazione”*. A fronte di tali considerazioni, un *manager* della stessa Compagnia evidenzia a Previmedical che *“quanto segnalato ricorre anche in altre occasioni per altri assicurati. Corte Costituzionale, ad esempio, ci ha fatto la stessa osservazione durante l'incontro della scorsa settimana. Ti chiederei di richiamare la COP alla necessità di inviare le prese in carico con un adeguato anticipo e, comunque, non oltre le 24 antecedenti la data/ora della prestazione in modo che si rispettino gli impegni presi da ISP RBM nei*

---

<sup>103</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegati 15.3.471, 15.3.473, 15.3.474, 15.3.478, 15.3.479, 15.3.480 e 15.3.481.

<sup>104</sup> In una email interna si fa presente che il solo fondo Metasalute genera 3000 fisioterapie al giorno (cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3. 2).

*confronti dei vari contraenti/assicurati e in ogni caso in linea con il contratto di esternalizzazioni in vigore tra le società*”<sup>105</sup>.

**92.** Tutt’altro che “fisiologico”, come preteso dai professionisti, appare il fenomeno relativo al ritiro di autorizzazioni già rilasciate agli assicurati Metasalute nel periodo gennaio 2018 - settembre 2020.

Sostanzialmente il numero dei ritiri che ha interessato il fondo Metasalute è stato pari a 52.185, come indicato da Previmedical; i 904 ritiri dichiarati invece da ISP RBM rappresentano un sottoinsieme di ritiri imputabili a fattispecie di irregolarità amministrative.

Peraltro, i ritiri in questione sono avvenuti sulla base di ragioni per lo più incomprensibili quali “*Reclamo Ivass non autorizzabile*”<sup>106</sup> o, appunto, come risulta dalla *email* del 13 ottobre di un dipendente di ISP RBM diretta a Previmedical<sup>107</sup> “*per motivazioni che non comprendo*”.

È evidente il disagio patito dal consumatore che ha confidato nell’autorizzazione ricevuta programmando la prestazione magari urgente.

**93.** Ulteriori ostacoli sono stati creati dall’adozione di prassi liquidative che non trovano riscontro nelle condizioni di polizza del contratto Metasalute, le quali hanno condotto alla mancata erogazione di prestazioni cui gli assicurati avevano diritto.

**94.** Ciò risulta avvenuto con riferimento agli interventi di implantologia effettuati oltre i sei mesi dall’estrazione. Tale termine di sei mesi, come rilevato da IVASS, a cui si era rivolto il consumatore, “*...[...].non trov[a] riscontro nelle condizioni di polizza...*”<sup>108</sup>.

**95.** Inoltre, il restringimento delle prestazioni erogate rispetto alle condizioni di polizza è stato riscontrato anche con riferimento alle patologie congenite (ammesse nel contratto Metasalute) e alle prestazioni eseguite da un medico non convenzionato presso strutture convenzionate.

**96.** Quanto alle patologie congenite, ISP RBM ha fatto presente di essere venuta a conoscenza soltanto nel corso del procedimento della loro esclusione dalle coperture a causa di una falla del sistema informatico di gestione pratiche (c.d. Houdini). Sta di fatto, però, che nel mese di ottobre 2020 in uno scambio di *email* tra due *manager* di Previmedical si legge<sup>109</sup> che “*il sistema di default respinge le patologie congenite in quanto non*

---

<sup>105</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 15.3.6.

<sup>106</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso ISP RBM del 25 novembre 2020, allegato n. 16.4.37.

<sup>107</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegati nn. 15.3.284, 15.3.286, e 15.3.366.

<sup>108</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.58.

<sup>109</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n.15.3.42.

*coperte ma questa esclusione non vale per Meta perché in quella polizza sono coperte...come glielo spieghiamo? Io sarei per ammettere l'errore di sistema. Ad ogni modo credo che Houdini andrebbe implementato in modo tale che mandi all'operatore queste casistiche e non le mandi in KO in modo automatico. Abbiamo molti reclami che hanno questa origine”.*

Il fatto che siano citati molti reclami e che Previmedical sia contrattualmente tenuta a investire la Compagnia rende inspiegabile come quest'ultima ignorasse il problema “Houdini”.

**97.** Con riferimento ai mancati rimborsi di prestazioni eseguite da un medico non convenzionato presso strutture convenzionate, si evidenzia che la polizza collettiva 2018-2020 stipulata da ISP RBM con il fondo Metasalute (art. 14 “Oneri in caso di sinistro”) prevedeva il rimborso di tali prestazioni alle condizioni del regime rimborsuale.

Diversi reclami hanno evidenziato come ISP RBM abbia negato il rimborso sul presupposto che tutte le prestazioni in strutture convenzionate dovessero essere richieste in forma diretta. Solo a seguito delle rimostranze degli assistiti che richiavano le condizioni contrattuali, le pratiche sono state rivalutate in senso favorevole ai consumatori<sup>110</sup>.

**98.** Importanti, infine, le evidenze concernenti le difficoltà riscontrate nel contattare l'assistenza clienti e/o la scarsa efficacia della stessa.

In primo luogo, sulla c.d. “prenotazione di richiamo” in caso di mancata risposta da parte del *call center* insiste una *email* di un dipendente di Previmedical dell'aprile 2020 acquisita in ispezione, in cui si afferma: “*purtroppo i sistemi che abbiamo, lato operatore, non permettono di monitorare quando e se l'assistito sia stato ricontattato*”<sup>111</sup>. In mancanza di un sistema di tracciabilità la prenotazione di richiamo è, pertanto, privata di qualsiasi utilità.

Sul tema dell'assistenza clienti risulta poi emblematico uno scambio di *email* del 15 ottobre 2020 tra due *manager* di ISP RBM e diretta anche a un *manager* di Previmedical nel quale si legge che “*va affrontata e risolta una volta per tutte la gestione delle richieste delle polizze ad adesione. Anche perché il problema è sempre lo stesso che ciclicamente si ripropone: mancanza di conoscenza dei contenuti delle coperture con conseguenti disservizi e criticità. Il gruppo di gestione deve essere fisso e stabile*”<sup>112</sup>.

---

<sup>110</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3.232.

<sup>111</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.50. Si veda anche la memoria difensiva di ISP RBM prot. 93136 del 16 dicembre 2020, allegato 21, segnalazioni nn. 109.00, 247.00 e 2225.00 del 2018.

<sup>112</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato 15.3.6 citato.

Che l'assistenza clienti e il *call center* costituissero punti critici del servizio era un fatto noto anche per i più alti vertici aziendali, tanto che nell'ottobre 2020, un *manager* di ISP RBM, in riscontro ad una comunicazione dell'Amministratore delegato della Compagnia concernente anche i livelli di risposta del *contact center*, rispondeva: *“Sul call center oltre al tempo di risposta sta emergendo una criticità cross clienti (non solo Meta) sulla qualità della risposta fornita da parte degli operatori sulla quale occorre intervenire in maniera strutturale”*<sup>113</sup>.

Inoltre, benché nelle proprie difese i professionisti ritengano infondata la contestazione sul carattere strutturale delle problematiche riscontrate, queste appaiono fotografate in una *email* dell'ottobre 2020 di un *manager* di Previmedical che afferma: *“Considera che oggi abbiamo come sla 90% a 60 secondi che comunque con i nostri standard operativi non riusciamo a rispettare”*<sup>114</sup>.

**99.** Con riguardo a quanto eccepito dai professionisti, secondo cui l'Autorità non avrebbe valutato le misure e i miglioramenti adottati si rileva che, conformemente al parere reso dall'IVASS, tali iniziative non hanno ancora prodotto significativi effetti concreti, come risulta dai reclami riferiti alle condotte contestate che continua a ricevere lo stesso Istituto e le segnalazioni che continuano a pervenire all'Autorità.

**100.** In conclusione, alla luce di quanto precede, risulta i professionisti hanno frapposto ostacoli all'esercizio dei diritti contrattuali dei consumatori, rendendo onerosa e defatigante la fruizione delle prestazioni assicurative. Ciò costituisce una pratica commerciale scorretta, in violazione degli articoli 20, comma 2, 24 e 25, comma 1, lettera *d*), del Codice del Consumo.

## VII. QUANTIFICAZIONE DELLA SANZIONE

**101.** Ai sensi dell'articolo 27, comma 9, Cod. cons., con il provvedimento che vieta una pratica commerciale scorretta l'Autorità dispone l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 5.000.000 euro, tenuto conto della gravità e della durata della violazione.

**102.** In ordine alla quantificazione della sanzione deve tenersi conto, in quanto applicabili, dei criteri individuati dall'articolo 11 della legge n.

---

<sup>113</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. del 25 novembre 2020, allegato n. 16.4.28.

<sup>114</sup> Cfr. verbale di accertamento ispettivo presso Previmedical S.p.A., allegato n. 15.3.44.

689/81, in virtù del richiamo previsto all'articolo 27, comma 13, del Codice del Consumo: in particolare della gravità della violazione, dell'opera svolta dall'impresa per eliminare o attenuare l'infrazione, della personalità dell'agente, nonché delle condizioni economiche dell'impresa stessa.

### ***Intesa Sanpaolo RBM Salute***

**103.** Il professionista appartiene al maggior gruppo bancario italiano, che vanta una consolidata presenza in campo assicurativo.

**104.** Con riferimento alla dimensione economica<sup>115</sup>, nel 2020 ISP RBM ha raccolto premi lordi per 495,292 milioni di euro, in diminuzione rispetto all'anno precedente (576,973 milioni di euro). I premi riguardano quasi integralmente il Ramo Malattia. La gestione tecnica<sup>116</sup> ha prodotto un risultato di 88,592 milioni di euro (92,4 milioni al lordo della riassicurazione), in netto aumento rispetto al 2019 (64,105 milioni). L'utile è stato di 61,865 milioni di euro, in netto aumento rispetto al 2019 (45,153 milioni). A tali andamenti ha contribuito la riduzione dei sinistri pagati e di quelli denunciati (generazione corrente).

**105.** Con riferimento alla gravità della violazione, si rileva che la pratica riguarda le istruzioni fornite sulle modalità di erogazione delle prestazioni assicurative ai consumatori beneficiari dell'assicurazione e l'omessa vigilanza sull'attività del *Provider*. Essa è connotata da caratteri di estrema gravità per i consumatori, che giustificherebbero l'irrogazione di una sanzione più alta rispetto al massimo consentito. A riguardo, si considera che la pratica ha coinvolto un ampio numero di consumatori, come testimoniato dal numero di reclami raccolto e dalle numerose segnalazioni pervenute nel corso del procedimento. Inoltre, la pratica ha riverberato effetti sulla salute dei consumatori in conseguenza dei ritardi nella fruizione delle prestazioni dovuti agli ostacoli frapposti.

**106.** Relativamente alla durata della violazione, dagli elementi istruttori acquisiti risulta che la suddetta pratica sia stata posta in essere dal gennaio 2018, come risulta dai reclami prodotti da ISP RBM agli atti del procedimento e dalle segnalazioni di Altroconsumo e IVASS acquisite al

---

<sup>115</sup> Tutti i dati citati in questo paragrafo provengono dal Bilancio di esercizio 2020. Una tabella riassuntiva dei principali dati è riportata nella Relazione sulla gestione (p. 31).

<sup>116</sup> Il risultato della gestione tecnica, per le compagnie di assicurazioni, costituisce il primo indicatore dell'efficienza della gestione dell'attività tipica dell'assicurazione dei rischi: rappresenta la differenza tra i premi incassati da un lato e gli oneri tecnici (rimborsi per sinistri + accantonamenti a riserva) e le spese gestionali dall'altro. Non considera, invece, oneri e proventi finanziari e patrimoniali.

fascicolo, ed è tuttora in corso come attestato dalle segnalazioni che continuano a pervenire all’Autorità da parte di assicurati ISP RBM.

**107.** Sulla base di tali elementi, si ritiene di determinare l’importo della sanzione amministrativa pecuniaria applicabile a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. nella misura massima consentita di 5.000.000 € (cinquemilioni di euro).

Al riguardo, giova osservare che l’estrema gravità della pratica e i suoi effetti sulla salute dei consumatori rendono la sanzione, seppure irrogata nel massimo edittale, non deterrente anche in relazione al fatturato generato da ISP RBM nell’anno 2020.

D’altro canto, si osserva che, allo stato, non è stata ancora recepita nell’ordinamento nazionale la Direttiva 2019/2161/UE che fissa ad almeno il 4% del fatturato annuo del professionista nello Stato membro interessato, il massimo edittale della sanzione irrogabile.

### ***Previmedical***

**108.** Nel 2020 Previmedical<sup>117</sup> ha realizzato un fatturato di 31,419 milioni di euro, sostanzialmente allineato rispetto al 2019 (30,960 milioni). Il margine operativo lordo del professionista è stato di 5,644 milioni di euro, in netta crescita rispetto al 2019 (4,024 milioni). L’utile conseguito è stato di 483.757 euro circa, in lieve flessione rispetto al 2019 (535.014).

**109.** Con riferimento alla gravità della violazione, si rileva che la pratica riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni assicurative ai consumatori beneficiari dell’assicurazione e l’assistenza nel fornire informazioni e chiarimenti ai consumatori stessi. Essa è connotata da caratteri di estrema gravità per i consumatori, in considerazione dell’ampio numero di consumatori coinvolti, come testimoniato dal numero di reclami raccolto e dalle numerose segnalazioni pervenute nel corso del procedimento. Inoltre, la pratica ha riverberato effetti sulla salute dei consumatori in conseguenza dei ritardi nella fruizione delle prestazioni dovuti agli ostacoli frapposti.

**110.** Quanto alla durata della violazione, dagli elementi istruttori acquisiti risulta che la suddetta pratica sia stata posta in essere dal gennaio 2018, come risulta dai reclami prodotti da ISP RBM agli atti del procedimento e dalle segnalazioni di Altroconsumo e IVASS acquisite al fascicolo, ed è

---

<sup>117</sup> Tutti i dati citati in questo paragrafo provengono dal Bilancio di esercizio 2020. Una tabella riassuntiva dei principali dati è riportata nella Relazione sulla gestione (p. 7).

tuttora in corso come attestato dalle segnalazioni che continuano a pervenire all'Autorità da parte di assicurati ISP RBM.

**111.** Sulla base di tali elementi, si ritiene di determinare l'importo della sanzione amministrativa pecuniaria applicabile a Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.A., nella misura di 1.000.000 € (un milione di euro).

RITENUTO, pertanto, in conformità al parere dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, sulla base delle considerazioni suesposte, che la pratica commerciale in esame risulta scorretta ai sensi degli artt. 20, comma 2, 24 e 25, comma 1, lettera *d*), del Codice del Consumo in quanto idonea, mediante condotte ostruzionistiche a condizionare indebitamente il consumatore medio in relazione all'esercizio di diritti contrattuali;

### DELIBERA

a) che la pratica commerciale descritta al punto II del presente provvedimento, posta in essere dalle società Intesa Sanpaolo, RBM Salute S.p.A. e Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.A., costituisce, per le ragioni e nei limiti esposti in motivazione, una pratica commerciale scorretta, ai sensi degli artt. 20, comma 2, 24 e 25, comma 1, lettera *d*), del Codice del Consumo, e ne vieta la diffusione o continuazione;

b) di irrogare alla società Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. una sanzione amministrativa pecuniaria di 5.000.000 € (cinquemilioni di euro);

c) di irrogare alla società Previmedical - Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. una sanzione amministrativa pecuniaria di 1.000.000 € (unmilione di euro);

d) che i professionisti comunichino all'Autorità, entro il termine di novanta giorni dalla notifica del presente provvedimento, le iniziative assunte in ottemperanza alla diffida di cui al punto a).

Le sanzioni amministrative irrogate devono essere pagate entro il termine di trenta giorni dalla notificazione del presente provvedimento, utilizzando i codici tributo indicati nell'allegato modello F24 con elementi identificativi, di cui al Decreto Legislativo n. 241/1997.

Il pagamento deve essere effettuato telematicamente con addebito sul proprio conto corrente bancario o postale, attraverso i servizi di *home-banking* e CBI messi a disposizione dalle banche o da Poste Italiane S.p.A., ovvero utilizzando i servizi telematici dell'Agenzia delle Entrate, disponibili sul sito internet [www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it).

Decorso il predetto termine, per il periodo di ritardo inferiore a un semestre, devono essere corrisposti gli interessi di mora nella misura del tasso legale a decorrere dal giorno successivo alla scadenza del termine del pagamento e sino alla data del pagamento. In caso di ulteriore ritardo nell'adempimento, ai sensi dell'art. 27, comma 6, della legge n. 689/81, la somma dovuta per la sanzione irrogata è maggiorata di un decimo per ogni semestre a decorrere dal giorno successivo alla scadenza del termine del pagamento e sino a quello in cui il ruolo è trasmesso al concessionario per la riscossione; in tal caso la maggiorazione assorbe gli interessi di mora maturati nel medesimo periodo.

Dell'avvenuto pagamento deve essere data immediata comunicazione all'Autorità attraverso l'invio della documentazione attestante il versamento effettuato.

Il presente provvedimento sarà notificato ai soggetti interessati e pubblicato nel Bollettino dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

Ai sensi dell'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo, in caso di inottemperanza al provvedimento, l'Autorità applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 5.000.000 euro. Nei casi di reiterata inottemperanza l'Autorità può disporre la sospensione dell'attività di impresa per un periodo non superiore a trenta giorni.

Avverso il presente provvedimento può essere presentato ricorso al TAR del Lazio, ai sensi dell'art. 135, comma 1, lettera *b*), del Codice del processo amministrativo (decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104), entro sessanta giorni dalla data di notificazione del provvedimento stesso, fatti salvi i maggiori termini di cui all'art. 41, comma 5, del Codice del processo

amministrativo, ovvero può essere proposto ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, ai sensi dell'art. 8 del Decreto del Presidente della Repubblica 24 novembre 1971, n. 1199, entro il termine di centoventi giorni dalla data di notificazione del provvedimento stesso.

IL SEGRETARIO GENERALE  
*Filippo Arena*

IL PRESIDENTE  
*Roberto Rustichelli*