



Assistenza sanitaria integrativa: how to

La sfida di Galeno continua.

Dopo il documento Il welfare spiegato al medico – L'impegno di Galeno, incentrato sul mondo del welfare, del risparmio e dell'assistenza previdenziale, noi di Cassa Galeno abbiamo deciso di dar vita a Assistenza sanitaria integrativa, un nuovo documento per permette ai medici di approfondire e acquisire conoscenze e capacità sul mondo dell'assistenza sanitaria integrativa: in cosa consiste, come aderire, quali i costi e molto altro ancora.

Lo scopo è molto semplice: rendere i nostri soci, soprattutto i più giovani, sempre più consapevoli della loro vita economica e sociale.

Con la speranza che possa essere utile, vi auguriamo una buona lettura!

Gianni Duca



Assistenza sanitaria integrativa: how to

Il fenomeno delle assicurazioni sanitarie

Emerge in maniera sempre più evidente la necessità di sviluppare anche in Italia nuove forme di integrazione tra pubblico e privato.

Le assicurazioni sanitarie, collettive e individuali, rappresentano un fenomeno di crescente interesse, nel nostro Paese come in altri. Il dibattito che ne accompagna lo sviluppo è ancora poco articolato e, a tratti, segnato da venature ideologiche che rimandano a contrapposizioni astratte che ignorano la sfida epocale per una sostenibilità giusta che i sistemi del welfare, in particolare in Europa, si trovano ad affrontare di fronte alle evoluzioni in campo demografico e scientifico.

Sul tema, recentemente, è stata presentata una ricerca dell'osservatorio consumi privati in sanità di SDA Bocconi School of Management, incentrata su un'analisi comparativa dei sistemi sanitari di cinque Paesi Europei (Francia, Gran Bretagna, Spagna, Portogallo e Italia) – tutti accomunati dalla presenza di un significativo sistema pubblico di tutela della salute – dalla quale è emersa la necessità di sviluppare anche nel nostro Paese nuove forme di integrazione tra pubblico e privato.

In questa prospettiva, infatti, da un lato, si potrebbero recuperare delle sinergie preziose per ampliare i finanziamenti da destinare al sistema sanitario del nostro Paese; dall'altro, attraverso l'assicurazione della spesa sanitaria privata, si riuscirebbe ad abbassare da un punto di vista sociale il rischio residuo che grava sui singoli nel momento del bisogno ed organizzare processi collettivi per consumi sanitari.

Secondo i dati di ANIA, la spesa sanitaria intermediata dalle varie forme sanitarie integrative ammonta in Italia a oltre 4,4 miliardi di euro nel 2015, pari a circa il 3% della spesa sanitaria totale (33 miliardi di spesa sanitaria privata e circa 112 miliardi di spesa sanitaria pubblica. Un fenomeno in espansione che interessa già oggi più di 10 milioni di italiani) e a circa il 13% della spesa sanitaria privata.

Ad attirare l'attenzione, in particolare, è soprattutto l'elevatissima incidenza sulla spesa della quota pagata direttamente dai cittadini (la c.d. "spesa out of pocket") che va oltre l'87%. Questa situazione, infatti, palesa un forte problema di sottoassicurazione del nostro Paese che genera una scopertura dei cittadini italiani di oltre il 40% rispetto alla media dei cittadini degli altri stati europei.

Il quadro dei bisogni va, poi, integrato con l'impatto sulle famiglie di condizioni di malattia cronica o di non autosufficienza che, a seguito dell'invecchiamento della popolazione, rischia di avere effetti dirompenti (il c.d. "longevity risk"). All'interno del contesto europeo, l'Italia si colloca al secondo posto per indice di vecchiaia (con un valore del 145% rispetto a una media del 111,3%), subito dopo la Germania.

Se non si interviene, quindi, puntando su di una diversificazione governata (e non fai da te, come avviene oggi) delle fonti di finanziamento, assicurando la spesa sanitaria privata e alleggerendo contestualmente il carico sui redditi delle famiglie italiane, il problema non potrà che crescere. È fondamentale pertanto mettere a punto una nuova strategia per la sanità in Italia che rilanci un'alleanza pubblico-privato affiancando strutturalmente al Servizio Sanitario Nazionale un secondo pilastro sanitario ancillare ed aperto a tutti i cittadini. Attraverso un'intermediazione globale di una quota rilevante della spesa sanitaria privata attualmente già sostenuta dagli italiani, infatti, potrebbero essere recuperate per il sistema sanitario delle



Assistenza sanitaria integrativa: how to

preziose risorse aggiuntive che potrebbero essere impiegate nel campo dell'innovazione scientifica, dell'accessibilità alle cure e della prevenzione.

Un ruolo chiave per l'assicurazione salute, in quest'ottica, lo giocherà la digital insurance, l'instech, che promette di modificare profondamente il rapporto compagnia-assicurato. Per avere successo in un mercato in continua evoluzione, infatti, anche le compagnie di assicurazione devono puntare sulla digitalizzazione.

Tuttavia, in particolare nelle polizze sanitarie, l'essenza del fenomeno dei big data non può essere ricondotto al mero "data storage" ma va spinto verso la "data analysis", in un'ottica di behavioral profiling dei clienti incentrato sulla combinazione di parametri vitali (vitals) e modalità di utilizzo delle coperture sanitarie (claims experience).

In tale prospettiva si imporranno diversi interventi sugli assetti organizzativi delle compagnie che dovranno tendere a reindirizzare i processi in un approccio di data "driven organization" in grado di supportare una connettività degli assicurati in tempo reale, continuativa e pienamente portabile.

Ma al di là degli indubbi miglioramenti nel campo dei servizi alla clientela, il contributo di maggior interesse portato al settore da questa contaminazione è il riposizionamento del concetto stesso di "protection salute". Le compagnie che hanno fatto proprio questo percorso, infatti, hanno iniziato ad elaborare un nuovo percorso nei confronti degli assicurati passando dal tradizionale modello "rimborsuale/risarcitorio" (ex post) ad un "nuovo" modello di promozione della salute dei clienti (ex ante) volto a favorire l'adozione di comportamenti virtuosi sia a livello sanitario (diagnosi precoce e controllo) sia, e soprattutto, nella propria vita quotidiana (nutrizione, sport e benessere psicologico).

Quali sono le forme di assistenza sanitaria integrativa?

[Sono sempre più numerosi i cittadini che scelgono di dotarsi volontariamente di una copertura sanitaria aggiuntiva a quella offerta dal SSN: ecco allora una rapida guida alle principali forme di assistenza sanitaria integrativa](#)

L'allungarsi della vita delle persone e il cambiamento delle loro esigenze ha portato inevitabilmente ad un'evoluzione anche del concetto di salute, intesa oggi non più solo come assenza di malattia, ma piuttosto come un completo stato di benessere psico-fisico.

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano è sempre meno in grado di fornire risposte adeguate alle necessità dei cittadini sia in termini di cure sia in termini di spese e di attesa per l'accesso alle prestazioni. Ciò anche in conseguenza dei vincoli finanziari (debito pubblico) che limitano la possibilità di copertura delle spese da parte del sistema pubblico. Accanto a questo fenomeno, si rileva come la sanità incida sull'economia delle famiglie italiane in maniera tutt'altro che marginale. Rispetto agli altri paesi OCSE, infatti, l'Italia si caratterizza per una quota elevata di spesa privata (22% della spesa totale) di cui quasi il 90% è sostenuto direttamente dalle famiglie. La spesa media annua sostenuta direttamente dalle famiglie italiane è pari a circa 1.117 euro, di cui quasi il 44% è rappresentato da farmaci, mentre assistenza specialistica e cure odontoiatriche pesano ciascuna per circa il 19% e l'assistenza agli anziani o disabili per il 5%.



Assistenza sanitaria integrativa: how to

Considerate queste premesse, si può quindi capire perché per i cittadini stia diventando sempre più importante e necessario aderire ad una forma di assistenza sanitaria integrativa, ovvero dotarsi autonomamente e volontariamente di una copertura sanitaria integrativa rispetto a quella offerta dallo Stato. Ciò permette di ottenere prestazioni mediche non sempre fornite dal SSN e di ovviare al problema delle liste di attesa, il tutto a costi contenuti e con la possibilità per i lavoratori dipendenti, in presenza di accordi collettivi, di usufruire del contributo aziendale.

Posto che le prestazioni variano a seconda dei contenuti delle forme di sanità integrativa alla quale si intende aderire, in generale, vengono inclusi interventi chirurgici, visite mediche, cure odontoiatriche, analisi di laboratorio e rimborsi ticket per l'accesso al SSN.

L'assistenza sanitaria integrativa può essere offerta da:

I fondi sanitari

Sono entità no profit, costituiti con accordi collettivi, dotati di propri organi di amministrazione (che vedono la partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori e delle aziende) e struttura gestionale.

Possono essere rivolti ai dipendenti di un'azienda, di un gruppo, una categoria, così come ai residenti in un determinato territorio. Esistono tuttavia anche fondi sanitari dedicati ad alcune categorie di lavoratori autonomi e liberi professionisti.

Le società di mutuo soccorso

Queste forme di assistenza sanitaria integrativa non possono applicare criteri di selezione degli iscritti: tutti i soggetti cui l'accordo collettivo è rivolto possono iscriversi al fondo e nessuno può essere escluso in relazione al proprio stato di salute. Possono tuttavia essere previsti limiti di età all'ingresso.

Associazioni nate nell'Ottocento per sopperire alle carenze dello Stato Sociale e aiutare i lavoratori in caso di incidenti sul lavoro, malattia o perdita del posto, le società di mutuo soccorso sono entità no-profit (dunque senza finalità di lucro), che presentano le medesime caratteristiche dei fondi sanitari, ma che non sono destinati ad una specifica categoria di persone ma aperti all'adesione di tutti.

L'intervento delle società di mutuo soccorso nel campo della sanità integrativa è stato previsto dalla legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare dall'art. 46, in forza del quale gli enti mutualistici costituiti volontariamente possono erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria nazionale.

Le compagnie di assicurazione

Offrono coperture assicurative nelle quali di regola è previsto sia un limite di età all'ingresso sia un'indagine sullo stato di salute dell'aderente attraverso la compilazione di un questionario. Spetterà quindi alla compagnia assicurativa assicurare o meno il cliente sulla base delle risposte pervenute.

Oltre a porsi come tutela per prestazioni integrative rispetto a quelle già garantite dal Sistema Sanitario Nazionale, tali polizze possono prevedere anche risarcimenti relativi alle perdite finanziarie dell'assicurato derivanti dalla malattia.



Assistenza sanitaria integrativa: how to

In cosa consiste l'assistenza sanitaria integrativa?

Chi può aderire, come sottoscrivere un'eventuale copertura, quanto versare: guida rapida all'assistenza sanitaria integrativa

L'assistenza sanitaria integrativa rappresenta una forma di tutela a disposizione dei cittadini che vogliono integrare e/o sostituire i servizi messi a disposizione dal Sistema Sanitario Nazionale per quel che riguarda le prestazioni e i servizi medico-sanitari.

Il ricorso alla sanità integrativa può riguardare il singolo che può stipulare polizze e contratti in autonomia, o essere realizzato in forma collettiva, se rientrante tra i diritti previsti dai CCNL, dagli albi professionali o da specifici contratti integrativi predisposti dalle singole aziende. In quest'ultimo caso, le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa rientrano quindi tra i benefit offerti dal datore di lavoro ai propri dipendenti.

Varie anche le prestazioni cui la sottoscrizione può dare diritto: a seconda dell'ente erogante, la sanità integrativa può ad esempio offrire agli iscritti un rimborso, totale o parziale, delle prestazioni medico-sanitarie erogate dalla propria struttura ospedaliera o da strutture e ambulatori convenzionati. La modalità di rimborso, diretto o indiretto, dipenderà poi dal tipo di convenzione che intercorre tra la struttura prescelta e l'ente con cui si è sottoscritta la propria soluzione di sanità integrativa.

Possono iscriversi alle diverse forme di assistenza sanitaria integrativa:

- i lavoratori dipendenti del settore privato e pubblico;
- i lavoratori autonomi e i liberi professionisti;
- i lavoratori con qualsiasi tipologia contrattuale;
- chi non svolge un'attività lavorativa, i pensionati e i familiari degli iscritti.

Come aderire all'assistenza sanitaria integrativa?

Per iscriversi a una forma di assistenza sanitaria integrativa occorre:

- verificare se per la propria categoria lavorativa (dipendente, autonomo o libero professionista) è previsto un piano sanitario integrativo dedicato. Ad esempio, nel caso di un lavoratore dipendente è bene verificare se nel contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) o nel contratto aziendale è prevista una forma di assistenza sanitaria integrativa relativa al settore di appartenenza (il dipendente del settore chimico, meccanico, di un gruppo bancario o di una determinata azienda). La stessa operazione di verifica vale per i lavoratori autonomi e i liberi professionisti. Volendo fare due esempi concreti: nel caso di un lavoratore dipendente di un'agenzia che organizza eventi, al quale si applica il CCNL del commercio, il fondo sanitario di riferimento è Fondo Est ed è l'azienda stessa che si occupa dell'iscrizione del lavoratore e del pagamento dei contributi; nel caso di un avvocato, invece, la Cassa Forense ha stipulato una convenzione con UniSalute per offrire agli iscritti (anche pensionati e familiari conviventi) una polizza sanitaria collettiva;



Assistenza sanitaria integrativa: how to

- se queste forme di assistenza sanitaria integrativa non sono operative o non soddisfano appieno l'utente, si potrà optare per un'adesione individuale ad una società di mutuo soccorso o per la sottoscrizione di una polizza malattia o di assistenza sanitaria o di protezione dei grandi rischi offerta da una compagnia di assicurazione.

Da sottolineare, in ogni caso, come tutte le forme sanitarie integrative prevedano per le adesioni individuali un'età massima all'adesione in genere compresa fra i 65/70 anni. Limitazione giustificata dal fatto che il rischio è decisamente più elevato oltre queste età e una iscrizione così tardiva non trova compenso nel minore rischio apportato dall'individuo con l'appartenenza negli anni precedenti. Questa limitazione non è da confondere con eventuali limiti di età oltre i quali agli iscritti viene fornita l'assistenza nonostante una partecipazione anche pluriennale alla forma di assistenza.

Come scegliere? L'elenco dei fondi e delle casse sanitarie e delle società di mutuo soccorso autorizzate ad operare è tenuto presso il Ministero della Salute, anche se ad oggi non è consultabile; mentre l'elenco delle compagnie di assicurazione che offrono polizze sanitarie è disponibile sul sito dell'ANIA.

Cosa è bene tener presente prima di scegliere la forma di assistenza sanitaria alla quale aderire? Tra le altre cose occorre verificare sempre che:

- non ci siano limiti d'età oltre i quali gli iscritti non vengono più assistiti, proprio nel momento di maggior bisogno
- non ci sia il rischio di essere esclusi dall'assistenza nel caso di elevato consumo di prestazioni sanitarie dovute a stati di salute particolarmente gravi
- una volta scelto lo strumento, l'adesione si perfeziona con la sottoscrizione del contratto. Nel caso di una polizza malattia, assistenza sanitaria o protezione dai grandi rischi, la sottoscrizione prevede una serie di esami sanitari.

I costi dell'assistenza sanitaria integrativa: quanto versare?

Le forme di previdenza sanitaria forniscono sostanzialmente un rimborso dell'eventuale danno subito dalla persona e, quindi, non sono finalizzate ad un ritorno economico di quanto versato; piuttosto, garantiscono a fronte del rischio di dover far fronte ad una spesa rilevante. In quest'ottica sono dunque simili a una polizza auto che protegge dalla possibilità di dover sborsare una grossa cifra a fronte del furto dell'auto o dell'indennizzo a seguito di un incidente.

Di conseguenza, parlare di costi significa innanzitutto quantificare il premio annuo da versare alla forma sanitaria prescelta. Appare evidente come questa cifra non sia lasciata alla discrezione dell'iscritto ma stabilita anno per anno dalla forma stessa in base alla quantificazione delle prestazioni previste nel periodo. Ipotesi rivenienti dalle statistiche precedenti, dalle prestazioni previste dal disciplinare/statuto/polizza e dalle eventuali limitazioni/franchigie.

Poiché, generalmente, sono previste delle prestazioni di base, oltre ad altre tipologie opzionali, all'iscritto è lasciata la possibilità di costruirsi il piano sanitario più adatto alle proprie esigenze. Se l'adesione avviene a seguito di accordi collettivi aziendali o di categoria, il premio di base è corrisposto dal datore di lavoro, mentre sono a carico del dipendente le parti opzionali.



Assistenza sanitaria integrativa: how to

Volendo dare un ordine di grandezza ai premi, per quelli di base con massimali intorno ai 150.000/200.000 euro, possiamo indicare mediamente circa 1.200 euro annui per il capofamiglia e i familiari a carico e 600/700 euro per i familiari non a carico. Per le singole prestazioni opzionali, invece, i costi da indicare sono intorno ai 200/300 euro annui.

Ovviamente in presenza di massimali molto alti e di prestazioni complesse, soprattutto odontoiatriche, i premi raggiungono anche i 7.000/8.000 euro annui a famiglia.

Quali gli ambiti di copertura dell'assistenza sanitaria integrativa?

Gli ambiti di copertura dipendono innanzitutto dalla categoria di appartenenza della forma di assistenza sanitaria integrativa scelta.

Se si tratta di un fondo cosiddetto Doc (istituiti con art.9 dlgs. 502/1992), cioè un fondo sanitario integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni erogabili sono:

- le prestazioni aggiuntive rispetto a quelle sanitarie già garantite dal SSN quindi al di fuori dei LEA (livelli essenziali di assistenza), fra cui sono comprese le prestazioni di medicina non convenzionale, le cure termali, l'assistenza odontoiatrica;
- le prestazioni socio-sanitarie presso strutture accreditate residenziali o semiresidenziali o in forma domiciliare;
- le prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale per la quota posta a carico del cittadino.

Se invece si tratta di un fondo non doc (definiti dall'art. 51, comma 2 lettera a) del TUIR, cioè un ente, una cassa o una società di mutuo soccorso avente esclusivamente fini assistenziali, gli ambiti di copertura possono sovrapporsi a quelli del SSN; infatti, in questo caso, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie offerte dipendono da quanto stabilito nello statuto. Per poter usufruire dei benefici fiscali previsti per i fondi doc, il fondo non doc deve destinare almeno il 20% dell'ammontare totale delle attività destinate a favore degli iscritti nell'area dell'odontoiatria e/o della non autosufficienza (LTC) e/o dell'inabilità temporanea.

Cosa si ottiene aderendo all'assistenza sanitaria integrativa?

Semplificando, si potrebbe affermare che scegliere di aderire all'assistenza sanitaria integrativa significa tutelare la propria salute integrando le prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, da un lato, e coprendo parzialmente o totalmente le spese sostenute, dall'altro.

L'iscrizione a fondi sanitari, società di mutuo soccorso, compagnie di assicurazione, permette all'aderente di usufruire di agevolazioni sia economiche sia riguardanti l'accesso agevolato a specifiche prestazioni medico-sanitarie negli ambiti tanto della prevenzione quanto della cura di determinate patologie o disturbi. In questa sezione, cercheremo quindi di rispondere alla domanda "Cosa ottengo dopo aver aderito?", analizzando i principali vantaggi derivanti dall'iscrizione a una forma di sanità integrativa:

- le prestazioni erogate
- i benefici fiscali



Assistenza sanitaria integrativa: how to

- tariffe agevolate, strutture convenzionate e altri possibili vantaggi

Quali le prestazioni erogabili dall'assistenza sanitaria integrativa?

Le prestazioni erogabili dalle forme di assistenza integrativa rientrano tra quelle previste dal dlgs n. 502/1992:

- prestazioni integrative e sostitutive a quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale (ricoveri, visite specialistiche e diagnostiche, riabilitazione, odontoiatria, ecc);
- prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali, semi-residenziali oppure in forma domiciliare;
- prestazioni socio-sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Nella pratica, poi, ogni forma di assistenza prevede diverse tipologie di prestazioni e differenti livelli di massimali indicati nel proprio statuto o nel disciplinare/nomenclatore o polizza oltre a prevedere eventuali franchigie a carico dell'aderente. Tra le prestazioni più comuni possiamo trovare:

- ricoveri ospedalieri ed interventi chirurgici con estensioni di massimali per i cosiddetti "grandi interventi";
- visite ed esami specialistici;
- diaria da ricovero in strutture pubbliche;
- rimborso ticket sanitari (soprattutto per i fondi "non doc" ad adesione collettiva).

Meno frequenti soprattutto per le forme più datate:

- odontoiatria;
- non autosufficienza.

Fenomeno, questo, legato al costo rilevante di queste prestazioni e al fatto che il vantaggio fiscale è consentito anche ad una forma sanitaria che non li prevede, ma è realizzata tramite l'adesione ad una forma che globalmente rispetta per le erogazioni i limiti del 20% previsto del decreto Sacconi (si legga a riguardo la sezione sui vantaggi fiscali associati all'adesione all'assistenza sanitaria integrativa).

Nel caso di adesioni individuali a una forma di previdenza sanitaria integrativa è quindi auspicabile un'attenta analisi del documento che illustra le prestazioni offerte con le relative esclusioni e l'importo delle franchigie.

Le prestazioni di cui sopra sono erogate con due modalità:

Rimborso: l'aderente anticipa di tasca propria la spesa e poi, a fronte dei relativi giustificativi, ne riceverà il rimborso totale o parziale dalla forma di assistenza nelle forme e con le modalità previste da quest'ultima.



Assistenza sanitaria integrativa: how to

Erogazione diretta: la forma di assistenza paga direttamente la struttura sanitaria e l'aderente non anticipa le spese ma dovrà saldare solamente le spese extra e le eventuali franchigie previste dalla propria copertura. Questa forma è possibile solo nel caso l'assistenza sanitaria avvenga presso un centro convenzionato con la forma integrativa.

Quali sono i vantaggi fiscali per chi aderisce all'assistenza sanitaria integrativa?

Gli incentivi fiscali legati alla sanità integrativa sono diversi a seconda della forma di assistenza cui si aderisce. Infatti il testo unico delle imposte dirette (Tuir) consente in molti casi di dedurre annualmente dal reddito i contributi versati ad una forma di assistenza integrativa fino all'importo massimo di 3.615,20 euro ma non a chi è iscritto individualmente a una forma di assistenza, o ha sottoscritto una polizza sanitaria. Vediamo nel dettaglio il trattamento relativo alle varie forme.

Fondi cosiddetti "Doc", istituiti e regolati in base all'art. 9 del dlgs.502/1992 successivamente consolidato nella "riforma Bindi" (dlgs.299/1999).

Ad essi si applica l'art. 10 del Tuir che permette la deducibilità fiscale dei contributi versati annualmente con un massimo di 3.615,20 euro. Inoltre, l'aderente potrà detrarre la quota parte delle spese sanitarie rimasta a proprio carico.

Fondi "non doc", definiti dall'art. 51, comma 2, lettera a) del (Tuir) come "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali". Queste forme di assistenza integrativa per poter essere classificate in questa categoria ed usufruire delle medesime facilitazioni fiscali dei fondi "Doc" devono però dimostrare di aver destinato annualmente il 20% dell'ammontare complessivo delle erogazioni a favore degli iscritti nelle prestazioni previste per i sopracitati fondi Doc (Decreto Turco 2008). Il successivo decreto del ministro Sacconi (2009) ha precisato l'elenco delle prestazioni ammissibili ai fini del rispetto della soglia del 20% raggruppandole in quattro aree:

- assistenza odontoiatrica, incluse le protesi;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per i non autosufficienti per favorire l'autonomia e la permanenza a casa, ma anche presso strutture residenziali e semiresidenziali non assistibili a domicilio;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire ai non autosufficienti, sia a casa sia presso strutture esterne;
- prestazioni destinate a recupero di soggetti temporaneamente inabili per infortunio o malattia, dagli ausili ai dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione.

Pertanto, rispettando il tetto del 20%, è possibile avere lo sgravio del contributo annuo fino a 3.615,20 euro ma a patto che la contribuzione sia avvenuta "in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale". Impostazione confermata dall'Agenzia delle Entrate in risposta ad un interpello (dicembre 2014), dove ha ribadito che lo sgravio contributivo è limitato ai lavoratori dipendenti per effetto di un contratto o regolamento aziendale.



Assistenza sanitaria integrativa: how to

Quindi, lavoratori autonomi o soggetti che si scrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono esclusi dai suddetti benefici.

Tuttavia, per i soggetti sopracitati che si iscrivono individualmente ad una mutua sanitaria, l'art. 15, co 1, lett i- bis) del Tuir prevede che i contributi siano detraibili dalle imposte per il 19% fino ad un massimo di 1.291,14 euro. Per le assicurazioni e le prestazioni sanitarie non sono previste deducibilità fiscali dei contributi con l'unica eccezione dei contratti di copertura della Ltc ai quali si applica una detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di € 1.291,14. Tuttavia quando un assicuratore svolge il ruolo di gestore di fondi doc e non doc, i contributi versati ai fondi seguono le regole fiscali di quelle forme di sanità integrativa. Per le polizze sanitarie vere e proprie non sono detraibili i premi, assoggettati all'imposta del 2,5%, ma sono detraibili, nei limiti stabiliti dalla legge, tutte le spese mediche sostenute dai cittadini anche se parzialmente o interamente risarcite da un assicuratore.

Infine, la legge di Stabilità 2017 ha previsto che, a partire dal 1° gennaio 2017, sono deducibili:

- le somme rivenienti da premi di produttività e versate volontariamente dai lavoratori alla propria forma di assistenza sanitaria collettiva anche se eccedenti il limite di € 3.615,20
- i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche in forma assicurativa, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, o il rischio di gravi patologie.

Quali sono altri possibili benefici dell'assistenza sanitaria integrativa?

Con l'assistenza sanitaria integrativa è possibile, in ogni caso, usufruire di una serie di facilitazioni nell'affrontare la problematica sanitaria che si è presentata all'aderente quali:

- tempi brevi per le visite specialistiche;
- tempi brevi per la diagnostica con orari di visita prolungati;
- tempi brevi per i ricoveri;
- accoglienza di primo livello con camera privata e letto per accompagnatore.

Inoltre, qualora la forma di assistenza preveda anche l'erogazione diretta delle prestazioni, si avranno vantaggi quali:

- nessun anticipo di spesa (al netto di eventuali franchigie e se non specificato nel contratto del fondo sanitario);
- la complessità delle procedure di accettazione/prenotazione gestite direttamente da forma di assistenza e struttura sanitaria;
- costo delle prestazioni decisamente ridotto rispetto alle tariffe praticate al privato (e a volte simili ai ticket del Servizio Sanitario Nazionale) con conseguente miglioramento del rapporto costo/prestazioni che consente di evitare aumenti dei premi e/o ampliamento dei servizi offerti.

Ciò detto diventa importante, nella scelta della forma di assistenza sanitaria, verificare la numerosità degli enti/professionisti convenzionati soprattutto nella propria zona di residenza.