



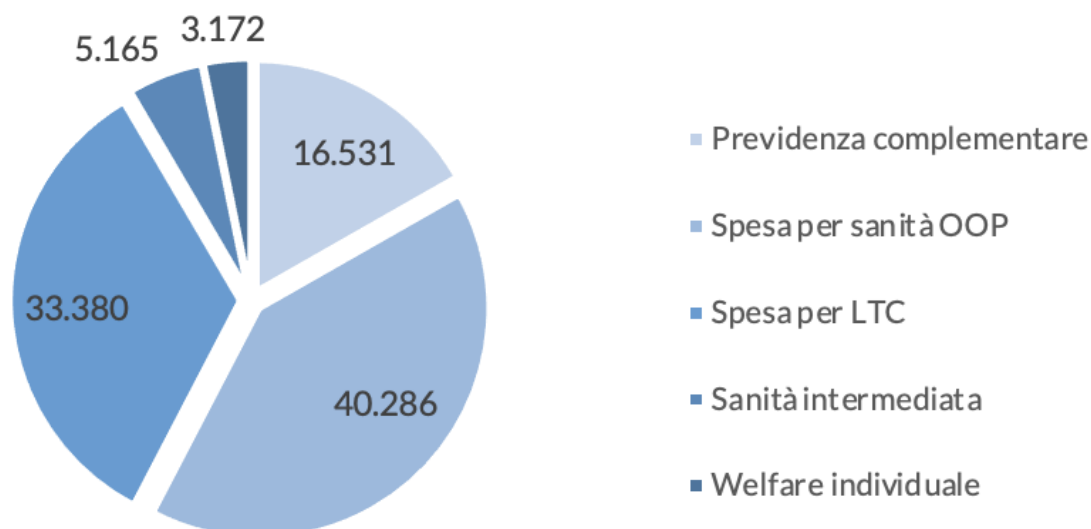
### **L'importanza di educare all'assistenza sanitaria integrativa**

Nel 2020, la spesa *out of pocket* degli italiani è ammontata a 40,3 miliardi di euro, cui se ne aggiungono altri 5,2 intermediati da fondi sanitari, società di mutuo soccorso e Compagnie di Assicurazione: un dato che fa riflettere sulla diffusione della sanità complementare in Italia, su cui pesano resistenze culturali e l'assenza di una normativa precisa

#### [Secondo i dati del Nono Rapporto sul Bilancio del Centro Studi e Ricerche Itinerari](#)

[Previdenziali](#), nel 2020 la spesa per *welfare* privato a carico delle famiglie per integrare le prestazioni pubbliche per pensioni, sanità e assistenza è stata pari a 98,5 miliardi di euro. Di questi 98,5 miliardi di euro, il 46% è destinato alla sanità, sia direttamente, tramite la cosiddetta spesa *out of pocket* (40,3 miliardi), sia indirettamente grazie all'intermediazione da parte di Casse, fondi di assistenza sanitaria integrativa, società di mutuo soccorso e Compagnie di Assicurazione (5,2 miliardi). Se circa il 34% viene speso per la "non autosufficienza", intesa come assistenza sia domiciliare che residenziale (33,38 miliardi), il 17% viene investito per la previdenza complementare (16,5 miliardi) e la restante quota per le protezioni assicurative individuali (3,2 miliardi).

La spesa privata per il *welfare* complementare per l'anno 2020 (dati in milioni di euro)



Fonte: Nono Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Numeri che indubbiamente obbligano a riflettere. Innanzitutto, nel confronto con la spesa per la sanità pubblica che, nello stesso anno, è ammontata a 123,474 miliardi, vale a dire 2.084 euro pro capite. E, quindi, nella comparazione tra la quota *OOP* (*out of pocket*) e quella invece ancora piuttosto esigua mediata da fondi sanitari e polizze assicurative. Posto che un maggior ricorso a forme organizzate di intermediazione si tradurrebbe non solo in un minor costo per singoli e famiglie, ma anche in un più efficace controllo della qualità delle prestazioni (e una minore diffusione del fenomeno del “nero”, inesistente nell’ipotesi in cui la Compagnia di Assicurazione o il fondo sanitario venga chiamato a rimborsare a fronte della presentazione della relativa documentazione fiscale), bisogna allora da domandarsi cosa freni gli italiani dall’optare per soluzioni di spesa intermediata, sulla carta potenzialmente più vantaggiose dal punto di vista fiscale e organizzativo rispetto al dover sostenere in maniera del tutto autonoma esami, visite specializzate o prestazioni socio-sanitarie di altra natura?

### **Le possibili sinergie tra sanità pubblica e integrativa**

Una domanda che, se già prima della pandemia di COVID-19, si prestava a delle considerazioni tutt’altro che banali, diventa ancora più rilevante alla luce delle difficoltà evidenziate dal SSN allo scoppio dell’emergenza provocata da SARS-CoV-2. Procediamo quindi con ordine.

Sicuramente, nel complesso, il Servizio Sanitario Nazionale italiano è e resta un servizio sanitario di buon livello se raffrontato a quello di altri Paesi. Se, malgrado questo presupposto, già negli scorsi anni emergevano comunque alcune criticità come problemi sulle liste d’attesa, fenomeni di migrazione sanitaria, difficoltà di accesso a determinate cure e forme di assistenza e una non sempre efficiente gestione delle risorse, l’emergenza pandemica ha fatto deflagrare

questi e altri problemi, tra cui l'assenza di un vero piano di contenimento, la progressiva riduzione nel tempo dei posti in terapia intensiva in rapporto alla popolazione e l'indebolimento della sanità territoriale e dell'assistenza (specie se domiciliare) ai cittadini più anziani. Le sinergie tra pubblico e privato

**Per i cittadini sarà dunque sempre più necessario aderire ad una forma di assistenza sanitaria integrativa, dotandosi di una copertura sanitaria integrativa in più rispetto a quella offerta dallo Stato. L'iscrizione ad un fondo o cassa di assistenza sanitaria integrativa consente di ottenere una serie di prestazioni mediche, ospedaliere e assistenziali in base alla tipologia di iscrizione, comprese quelle non sempre fornite dal SSN, con più facilità e tramite i migliori specialisti e spesso consente di ovviare al problema delle liste di attesa accelerando l'accesso alle cure e prestazioni.**

Fonte: Guida alla Giornata Nazionale della Previdenza e del Lavoro, Itinerari Previdenziali  
Tutti ambiti nei quali, stante da una parte i trend di invecchiamento della popolazione in corso e, dall'altra, la difficoltà per lo Stato di incrementare le risorse finanziarie destinate dall'Italia al proprio *welfare* pubblico, già pari a circa il 54% dell'intera spesa totale, l'assistenza sanitaria integrativa può intervenire proficuamente. A patto di non agire in un'ottica dualistica, bensì nella prospettiva di un'autentica sinergia pubblico-privato.

### **Una legge quadro e più alfabetizzazione per favorire la sanità integrativa**

Pesa allora indubbiamente la mancanza di una vera e propria legge quadro in materia, una chiara e definitiva regolamentazione del comparto secondo una logica di maggiore integrazione con il SSN, attraverso attività di coordinamento delle rispettive azioni, così da ottimizzare al massimo attività dei professionisti, strutture, utilizzo della strumentistica e convenzionamenti. Definire maggiormente i confini - interni ed esterni - della sanità intermediata e agire a livello normativo per appianare alcune delle lacune e delle disuguaglianze che tuttora la caratterizzano, come quelle relative ai benefici fiscali tra tipologie di forme integrative e aderenti, potrebbe essere la chiave per offrire ai cittadini una sempre più efficiente tutela della loro salute, sia in fase preventiva che di presa in carico e cura.

Permane, come dimostrano ad esempio anche le recenti proposte volte a limitare l'erogazione di prestazioni extra LEA, anche una certa differenza del ruolo della sanità integrativa da parte di una parte della politica che ne limita lo sviluppo. E cui sembra far da contraltare anche una resistenza di tipo culturale da parte degli stessi cittadini: di qui, l'importanza di "educare" il grande pubblico a tutte le possibilità che gli sono offerte, non per spingerlo necessariamente ad aderire a questa o quella forma di integrazione, ma piuttosto per offrirgli tutti gli strumenti informativi utili a usufruire nel modo migliore del SSN, a decidere consapevolmente se aderire

all'assistenza sanitaria integrativa ed eventualmente a stabilire la soluzione più adatta alle proprie specifiche e personali esigenze. Smentendo così anche il luogo comune secondo cui la sanità integrativa, ma forse sarebbe più giusto dire complementare, sarebbe utile solo dove lo Stato è quasi o del tutto assente: al contrario, sono proprio i dati nazionali e internazionali a dirci che proprio là dove si spende di più per sanità pubblica la popolazione si rivela più sensibile al tema, con l'intento di garantirsi cure e assistenza a 360 gradi e preservare la propria salute.

### **Perché previdenza... è anche salute!**

Se previdenza vuol dire attenzione e prevenzione da eventuali rischi, essere previdenti vuol dire occuparsi anche della propria salute e di come tutelarla attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla sanità pubblica e da forme di assistenza sanitaria integrativa.

Obiettivo della guida all'assistenza sanitaria integrativa di Pensioni&Lavoro è proprio quello di contribuire a esplorare le possibilità offerte dal *welfare* privato e, in particolare, dalla sanità complementare... Ma, prima di procedere con la lettura, ricordate sempre che al proprio benessere bisogna pensare per tempo, preservandosi in salute innanzitutto con uno stile di vita sano e una corretta alimentazione!

### **Cos'è e come funziona l'assistenza sanitaria integrativa?**



Chi può aderire e come, i possibili ambiti di copertura, quanto versare per ottenere un buon livello di tutela: ecco un *vadecum* alla sanità integrativa (in tutte le sue possibili declinazioni) L'assistenza sanitaria integrativa rappresenta un'ulteriore forma di tutela a disposizione dei cittadini [che vogliono integrare e/o sostituire i servizi messi a disposizione dal Sistema Sanitario Nazionale.](#) Accanto alla sanità pubblica, quella privata - profit e no profit - rappresenta pertanto una preziosa risorsa per il sistema, arricchendo l'offerta complessiva di servizi attraverso prestazioni integrative (o complementari), aggiuntive (o supplementari)

oppure sostitutive (o duplicative) rispetto a quelle ricomprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza garantiti dal sistema pubblico.

Il ricorso a una soluzione di assistenza sanitaria 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: sempre più di frequente, del resto, la sanità complementare (e, in particolare, il sostegno alle spese sanitarie dei propri dipendenti e della loro famiglia attraverso l'adesione a fondi sanitari o il ricorso ad altre soluzioni assicurative) spicca nelle classifiche di settore tra i principali servizi/benefici cui è possibile accedere [a mezzo di piani di welfare aziendale](#).

Proprio perché varie sono le modalità di adesione e le possibili forme di assistenza sanitaria integrativa cui accedere, altrettanto varie sono 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 dalle proprie strutture ospedaliere o da strutture e ambulatori convenzionati. Allo stesso modo, anche la modalità di rimborso, diretto o indiretto, viene spesso a dipendere dal tipo di convenzione che intercorre tra la struttura prescelta e l'ente con cui si è sottoscritta la propria soluzione di sanità integrativa.

Informarsi è quindi estremamente importante! E non solo per scegliere la soluzione più adatta alle proprie esigenze, ma anche perché sono molti gli italiani - secondo le stime Itinerari Previdenziali, i costi sostenuti nel 2020 per i contributi versati ai fondi sanitari integrativi e per premi di assicurazione malattia ammontano a 5,165 miliardi di euro - che già beneficiano di una qualche forma di assistenza sanitaria integrativa, senza esserne pienamente consapevoli o senza godere a pieno di tutti i relativi benefici. In questa sezione, ecco allora le domande e le risposte utili a un'adesione pienamente consapevole:

- [Chi può aderire?](#)
  - [Come aderire?](#)
  - [Quanto versare?](#)
  - [Quali prestazioni e ambiti di copertura?](#)
  - [Quali i possibili benefici associati all'adesione?](#)
- 
- [I possibili aderenti](#)
  - [Le modalità di adesione](#)
  - [I possibili costi](#)
  - [Gli ambiti di copertura \(e il rapporto con il SSN\)](#)

- [Prestazioni e modalità di erogazione](#)
- [Vantaggi fiscali e altri benefici](#)

## A chi rivolgersi per dotarsi di una copertura sanitaria integrativa?



Sono sempre più numerosi i cittadini che si dotano di una copertura aggiuntiva a quella offerta dal SSN: dai fondi sanitari alle tutele offerte dalle polizze assicurative, passando per le società di mutuo soccorso, ecco una rapida guida alle principali forme di assistenza sanitaria integrativa accessibili nel nostro Paese

L'allungarsi della vita delle persone e il cambiamento delle loro esigenze ha portato inevitabilmente a 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. Come messo purtroppo in evidenza anche dall'emergenza epidemiologica provata dal virus SARS-CoV-2, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano si ritrova però sempre più spesso in difficoltà nel 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: di qui, il ruolo progressivamente più rilevante del privato e, in particolare, il sempre più frequente ricorso all'assistenza sanitaria integrativa. Quello della sanità integrativa è dunque oggi un istituto fondamentale per garantire un sano sistema multi-pilastro e per ampliare lo spettro di tutela per la collettività, attraverso il ricorso ai concetti di mutualità e solidarietà tra privati (prevalentemente lavoratori e loro familiari). Ma quali sono “gli strumenti” della sanità complementare? Posto che le prestazioni e le modalità di adesione possono variare a seconda dello strumento di riferimento, l'assistenza sanitaria integrativa viene generalmente offerta da tre grandi tipologie di enti e/o società, vale a dire:

- [fondi sanitari e Casse di assistenza sanitaria integrativa](#)
- [società di mutuo soccorso](#)
- [Compagnie di Assicurazione](#)

La forma giuridica utilizzata per la gran parte dei fondi sanitari è quella dell'associazione non riconosciuta ex art. 36 c.c.; seguono le società di mutuo soccorso ex L. 3818/1886. Residuale, invece, la forma dell'associazione riconosciuta ex art. 12 c.c. (n. 6) e della fondazione.

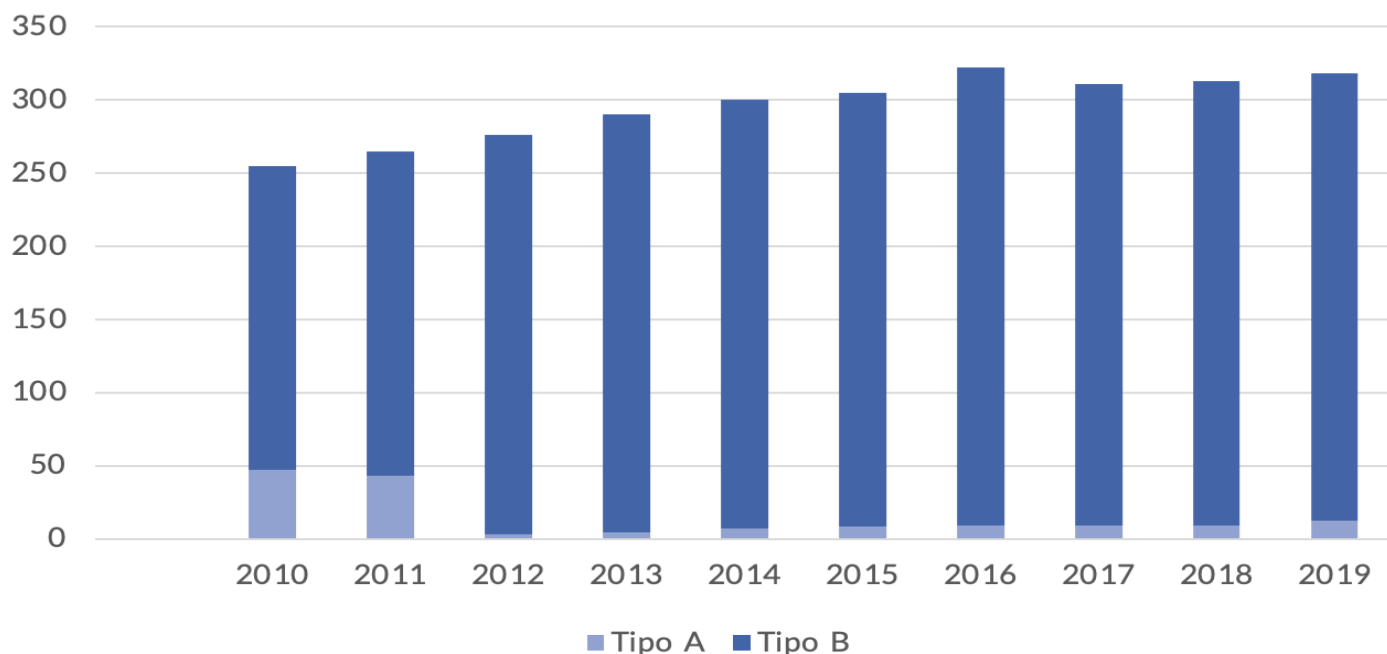
### Una mappa dell'assistenza sanitaria integrativa in Italia

[Secondo il Nono Rapporto curato dal Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali](#), la spesa complessiva privata per sanità ammonta a 45,45 miliardi di euro, quale somma delle voci di spesa out of pocket (40,286 miliardi) e 5,165 di spesa sanitaria intermediata da fondi sanitari, Compagnie di Assicurazione, società di mutuo soccorso e altri soggetti. Dei 5,1 miliardi di euro di spesa complessiva, una parte rilevante - circa 3 miliardi - si stima sia veicolata verso i fondi sanitari complementari (FSC) iscritti e vigilati dal Ministero della Salute, da intendersi di fatto come l'insieme pressoché totale degli attori no profit della sanità complementare italiana. Nel dettaglio, infatti, il valore di spesa complessiva è derivato dalla somma dei costi per i contributi ai fondi sanitari iscritti all'Anagrafe del Ministero della Salute e i 2/3 della raccolta premi del ramo 2 danni/malattia che, per il 2020, si attestano a 2,986 miliardi, una percentuale prudente per evitare duplicazioni poiché una parte della raccolta potrebbe riguardare i contributi versati dai fondi sanitari che si convenzionano o riassicurano in tutto o in parte tramite polizze.

**Attenzione!** Il dato sulla raccolta di contributi da parte dei fondi sanitari non è pubblico. Pertanto, per stimarne l'importo si è partiti dai rimborsi a favore degli iscritti effettuati dai fondi sanitari operandone un incremento del 20%: stima che parte dall'assunto secondo il quale, in una gestione in economia, l'ammontare dei contributi deve logicamente essere superiore a quella dei costi, pena l'insostenibilità della stessa operazione mutualistica.

[Come risulta dagli ultimi dati pubblicati dall'Anagrafe dei fondi sanitari tenuta presso il Ministero della Salute](#), e premesso che l'iscrizione presso l'Anagrafa è sì condizione necessaria affinché iscritti e datori di lavoro possano beneficiare delle agevolazioni fiscali previste ma resta comunque non obbligatoria, nel 2020 si contano 318 fondi, di cui 306 "non doc" e 9 "doc".

## Numero fondi per tipologia



Fonte: 2° Reporting System Anagrafe dei fondi sanitari

A oggi, dunque, il 96% dei fondi sanitari iscritti all'Anagrafe è costituito da enti, Casse e società di mutuo soccorso "aventi finalità esclusivamente assistenziale" (i cosiddetti fondi "non doc" che, nell'Anagrafe, vengono identificati come tipologia "B") che possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei LEA, quindi complementari e sostitutive al SSN. Solo il restante 4% del totale dei fondi attestati è rappresentato da "fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale", istituiti ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni, che erogano esclusivamente prestazioni extra LEA e sono quindi solo integrativi del SSN (i cosiddetti fondi "doc" che, nell'Anagrafe, vengono identificati come fondi di tipologia "A").

Dal punto di vista delle adesioni, poi, l'intero sistema dei fondi integrativi conta nel 2019 (anno fiscale di riferimento per i fondi attestati nel 2020) 14,715 milioni di iscritti, ma solo 38mila aderiscono a quelli di tipo A (lo 0,26% del totale). Secondo le stime, l'85% dei beneficiari delle prestazioni di FCS è composto da lavoratori dipendenti e loro familiari, circostanza che induce a pensare che la sanità complementare italiana sia nata e si sviluppi pressoché integralmente in funzione della contrattazione nazionale, territoriale e aziendale, con un ruolo determinante delle Parti sociali quali fonti istitutive. Ciò non toglie che esistano tuttavia delle realtà istituite e costituite al di fuori della contrattazione collettiva - il riferimento è alle società di mutuo soccorso - che hanno raggiunto livelli di iscritti dichiarati nient'affatto trascurabili.

Per quanto riguarda le prestazioni, si può invece stimare che nel 2019 le risorse destinate all'erogazione sono state pari a 2,826 miliardi di euro per i fondi di tipo B e 2,688 milioni per i fondi di tipo A. Un altro dato estremamente significativo è che, per i fondi di tipo B, le risorse destinate all'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA costituiscono il 67% delle risorse totali (1,9 miliardi di euro) contro il 33% di spesa per prestazioni extra LEA (925 milioni di euro).



Dall'analisi delle prestazioni extra LEA, risulta inoltre una netta asimmetria tra quelle odontoiatriche e le prestazioni socio-sanitarie dedicate alla non autosufficienza e quelle finalizzate al recupero della salute in entrambe le tipologie di fondi: in particolare, per i fondi "non doc" le prime rappresentano il 68,5% del totale erogate al di fuori dei livelli essenziali di assistenza (633 milioni di euro), le seconde il 16,6% e le ultime solo il 14,9%.

Proseguendo nell'analisi dei principali dati utili al fine di dimensionare e inquadrare il sistema, l'Anagrafe del Ministero della Salute non fornisce informazioni sui contributi raccolti dagli enti. Tuttavia, sulla base [delle stime elaborate dal Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali nell'ultimo Report sugli Investitori istituzionali italiani](#) è possibile ipotizzare che le entrate contributive si attestino intorno ai 3 miliardi di euro. Neppure il dato aggregato sul patrimonio accumulato e sulle modalità di gestione è pubblicamente disponibile e procedere con una stima è piuttosto complesso, ma anche in questo caso sulla base dei dati raccolti su un campione di 50 fondi, Itinerari Previdenziali ha stimato un patrimonio complessivo pari a 4,75 miliardi di euro.

#### **Aderire alla sanità integrativa: i vantaggi fiscali e gli altri possibili benefici per l'iscritto**



L'adesione alla sanità integrativa può essere associata a una tassazione agevolata, ma meglio prestare la massima attenzione, perché i possibili benefici fiscali (e non solo) variano a seconda della forma di assistenza scelta!

Allo scopo di favorire l'adesione alla sanità complementare è prevista per legge la possibilità di beneficiare di una tassazione favorevole. Anche in questo caso, tuttavia, generalizzare è impossibile in assenza di un quadro normativo uniforme: gli incentivi fiscali legati alla sanità integrativa variano infatti [a seconda della forma di assistenza prescelta](#).

#### **Adesione individuale vs collettiva: benefici fiscali per l'assistenza sanitaria a confronto**

Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi consente di dedurre annualmente dal reddito i contributi versati a una forma di assistenza integrativa fino all'importo massimo di 3.615,20 euro (sfruttando l'intera soglia, per coloro che abbiano una tassazione IRPEF pari mediamente al

30%, si può quantificare l'incentivo come pari a 730 euro circa): tale beneficio si applica in questa forma e con queste modalità esclusivamente in caso di adesione negoziale, "in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale", e dunque ai dipendenti o a quei lavoratori in quiescenza (compresi i familiari non a carico) che abbiano aderito durante il rapporto di lavoro rimanendovi iscritti anche dopo la cessazione del rapporto versando in proprio l'intero contributo senza oneri per il datore di lavoro. Non si applica invece a chi abbia sottoscritto una forma di assistenza a titolo individuale, come ad esempio una polizza sanitaria di tipo assicurativo.

Più precisamente, cosa accade in caso di iscrizione individuale? Nel caso di adesione a una società di mutuo soccorso, la normativa vigente prevede che i contributi - nella pratica, la quota associativa - possano essere detratti dalle imposte al 19%, fino a un massimo di 1.300 euro. Per quel che riguarda invece le prestazioni sanitarie offerte per il tramite di Compagnie di Assicurazione, non sono invece previste deducibilità fiscali dei contributi, se non con qualche eccezione: ai contratti di copertura della LTC si applica ad esempio sempre la detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.300 euro.

Se è vero che, salvo eccezioni, i premi (assoggetti peraltro all'imposta del 2,5%) non lo sono, lo è altrettanto che sono invece detraibili nei limiti stabiliti dalla legge tutte le spese mediche sostenute dai cittadini anche quando, parzialmente o interamente, risarcite dalla copertura assicurativa.

**Attenzione!** A partire dal 2020 le detrazioni sono possibili per l'intero importo in presenza di un reddito inferiore a 120.000 euro annui e parzialmente con redditi tra 120.000 e 240.000 euro.

Oltre questi importi non sono invece previste detrazioni.

Ulteriori precisazioni e benefici associati all'adesione all'assistenza sanitaria integrativa arrivano poi dalle ultime Leggi di Bilancio. In particolare, la Legge di Bilancio per il 2017 ha previsto che, a partire dal 1° gennaio 2017, sono deducibili:

- le somme rivenienti da premi di produttività e versati volontariamente dai lavoratori alla propria forma di assistenza sanitaria collettiva anche se eccedenti il limite di 3.615,20 euro;
- 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.

**"Fondi doc" e "fondi non doc": benefici fiscali per l'assistenza sanitaria a confronto**

Altrettanto importante, ai fini della definizione dei vantaggi fiscali per l'iscritto, è anche la distinzione tra "fondi doc" e "non doc".

Ai fondi cosiddetti "doc", istituiti e regolati in base [all'art. 9 del D.lgs.502/1992](#), successivamente consolidato dalla riforma Bindi ([D.lgs.299/1999](#)), si applica a pieno titolo l'art. 10 del TUIR che permette la deducibilità fiscale dei contributi versati annualmente entro un massimo di 3.615,20 euro. All'aderente viene poi concessa la possibilità di detrarre la quota parte delle spese sanitarie rimasta a proprio carico.

Diverso è il caso dei fondi cosiddetti "non doc", definiti dall'art. 51, comma 2, lettera a) del TUIR come "enti casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali" i quali, ai fini della propria stessa classificazione e della possibilità di poter beneficiare delle stesse facilitazioni fiscali previste per i "fondi doc, devono dimostrare di aver destinato annualmente almeno il 20% dell'ammontare complessivo delle erogazioni a favore degli iscritti a prestazioni appartenenti a queste 4 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 al recupero di soggetti temporaneamente inabili per infortunio o malattia, dagli ausili ai dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione.

Pertanto, una volta rispettato il tetto del 20%, anche questi fondi consentono di accedere allo 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 che, in risposta a un interpello del dicembre 2014, ha ribadito che lo sgravio contributivo è limitato ai lavoratori dipendenti per effetto di un contratto o regolamento aziendale. Il che implica che i lavoratori autonomi o soggetti che si scrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono esclusi dai suddetti benefici.

### **Non solo vantaggi fiscali: tutti i possibili benefici associati alla sanità integrativa**

Oltre a essere associata a una fiscalità agevolata, l'adesione all'assistenza sanitaria integrativa permette di non anticipare le spese sanitarie oppure di ottenere il rimborso totale o parziale di determinate prestazioni socio-sanitarie: si tratta quindi di una scelta che, spesso, i cittadini compiono per integrare sì i servizi offerti dal SSN, ma tutelarsi al tempo stesso - entro i limiti definiti dalla forma prescelta - dagli oneri economici che potrebbero derivare dal ricorso diretto al privato.

I possibili benefici associati all'adesione non riguardano tuttavia i soli rimborsi. Nel complesso, infatti, a fronte dell'eventuale quota associativa (o costo del premio, etc), la sanità integrativa

consente di usufruire di una serie di facilitazioni che riguardano anche tempi e modalità di erogazione delle prestazioni. In particolare, pur con tutte le peculiarità associate alla specifica forma prescelta, si segnalano a titolo esemplificativo:

- 1) tempi d'attesa ridotti per l'accesso a visite specialistiche, ricoveri programmati/programmabili o per la diagnostica (con orari di visita prolungati);
  - 2) procedure di accettazione o prenotazione semplificate, spesso anche perché direttamente gestite dalla forma di assistenza sanitaria prescelta e la relativa struttura convenzionata;
  - 3) miglioramento del rapporto costo/prestazioni, dovuto sia alla possibilità di beneficiare (al di là dei casi di erogazione diretta o rimborso) di tariffe spesso agevolate presso le strutture convenzionate sia di particolari tipologie di benefit o servizi dedicati (ad esempio camere private e accoglienza anche per l'eventuale accompagnatore in caso di ricovero);
  - 4) possibilità di godere dei benefit associati all'adesione anche per eventuali prestazioni di medicina non convenzionale e che non rientrano pertanto tra quelle garantite dal SSN [per il tramite dei LEA](#).
- Ciò detto, diventa naturalmente importante, nella scelta della propria forma di assistenza sanitaria, vagliare non solo i benefici di natura economica ma anche le prestazioni garantite e quindi le relative condizioni di erogazione (ad esempio, la presenza di franchigie), nonché tipo e numerosità di strutture convenzionate presenti in particolar modo nella propria zona di residenza, così da verificare la concreta accessibilità dei servizi offerti.

[La detraibilità delle spese sanitarie: miniguia alle agevolazioni fiscali](#)

### **I protagonisti dell'assistenza sanitaria integrativa: Casse e fondi sanitari**



Frutto di un accordo collettivo, spesso di natura contrattuale, i fondi sanitari sono un importante strumento offerto ai lavoratori (ma non solo) per integrare le prestazioni garantite dal SSN: cosa sono, come funzionano e a chi si rivolgono

Sono entità no profit, di solito costituite con accordi collettivi, dotate di propri organi di amministrazione, che vedono la partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori e delle

aziende, e struttura gestionale. Rientrano cioè generalmente nell'ambito della cosiddetta sanità integrativa di carattere negoziale.

Possono essere rivolti ai dipendenti di un'azienda, agli appartenenti a uno specifico gruppo di persone o a una specifica categoria professionale, così come ai residenti in un determinato territorio. Oltre a quelli individuati da alcuni CCNL - ad esempio Metasalute per i dipendenti delle aziende che applicano il contratto metalmeccanico oppure Fondo Est per i lavoratori del settore commercio - esistono infatti anche fondi sanitari dedicati ad alcune categorie di lavoratori autonomi e liberi professionisti. Il comma 177 della Legge di Stabilità 2018 ha inoltre previsto per lavoratori e lavoratrici delle province autonome di Trento e Bolzano la possibilità, con accordi territoriali o aziendali, di aderire a fondi sanitari integrativi individuati da detti accordi anche in presenza di accordi collettivi nazionali che ne prevedano l'iscrizione a uno specifico fondo integrativo nazionale. Ovviamente, a condizione che i fondi territoriali o aziendali garantiscano prestazioni non inferiori a quelle del fondo nazionale.

In tutti i casi, queste forme di assistenza sanitaria integrativa non possono applicare criteri di selezione degli iscritti: detto altrimenti, tutti i soggetti cui l'accordo collettivo è rivolto possono iscriversi al fondo, senza limitazioni derivanti dal proprio stato di salute. Possono tuttavia essere previsti limiti di età all'ingresso. Alcuni fondi consentono l'iscrizione anche a eventuali familiari a carico e ai pensionati.

**Attenzione!** La dizione fondi sanitari è spesso usata in modo estensivo per riferirsi non solo ai fondi sanitari propriamente detti, ma anche a più e diverse forme di assistenza sanitaria integrativa. Ciò si riflette anche su alcune distinzioni convenzionalmente usate quando si parla di "sanità complementare": è il caso di quella tra fondi doc e non doc, che riguarda strettamente gli ambiti di copertura garantiti, e quelle tra fondi chiusi e fondi aperti, riguardante invece le modalità di adesione (individuale o collettiva) e spesso non del tutto propriamente usata per distinguere i fondi di categoria da quelli che consentono l'accesso a un'ampia categoria di soggetti. In quest'accezione, ottimo esempio di fondi aperti sono ad esempio la maggior parte delle società di mutuo soccorso. Non ne mancano comunque alcune che offrono le proprie prestazioni solo all'interno di un determinato ambito territoriale.

## I protagonisti dell'assistenza sanitaria integrativa: le società di mutuo soccorso



Caratterizzate da una finalità fondamentale assistenziale, le società di mutuo soccorso sono entità non profit di lungo corso che possono prevedere adesioni sia collettive che individuali: cosa sono, come funzionano e a chi si rivolgono

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 diverse caratteristiche in comune con i fondi sanitari ma che, a differenza di questi ultimi, sono generalmente aperte all'adesione libera, individuale e volontaria di tutti, senza essere destinate quindi a una specifica categoria di lavoratori e/o persone.

L'intervento delle società di mutuo soccorso nel campo della sanità integrativa è stato previsto dalla [legge 833/1978](#), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, e in particolare dall'art. 46, in forza del quale gli enti mutualistici costituiti volontariamente, dunque anche come forme preesistenti, possono erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria nazionale e, più precisamente:

- trattamenti e prestazioni socio-sanitarie (con eventuale accesso agevolato in riferimento a tempi di attesa e tariffe) in caso di infortunio, malattia, invalidità al lavoro, inabilità temporanea o permanente;
- rimborsi e sussidi in caso di spese sanitarie sostenute per la diagnosi e la cura di malattie o infortuni.

Premesso che sono spesso previste anche forme di assistenza alla non autosufficienza, le prestazioni effettivamente riconosciute sono in ogni caso di norma precisamente individuate da statuti e regolamenti di ciascuna mutua. A ogni modo, in conformità con la finalità assistenziale delle società di mutuo soccorso, [non vengono applicati criteri di selezione degli iscritti](#): più precisamente, sono aperte alla collettività senza discriminare l'adesione in base a specifici criteri sociali, professionali o di salute e, allo stesso modo, non possono interrompere

unilateralmente il rapporto associativo all'aumentare di eventuali fattori di rischio (come vecchiaia, insorgenza di malattie croniche, etc).

**Attenzione!** Il fatto che l'adesione sia libera e volontaria non significa che l'iscrizione e l'accesso alle relative prestazioni non possa essere mediata da un "soggetto terzo": le società di mutuo soccorso possono ad esempio gestire fondi sanitari integrativi e coperture collettive aziendali derivanti da contratti collettivi e/o regolamenti e accordi aziendali.

### I protagonisti dell'assistenza sanitaria integrativa: le Compagnie di Assicurazione



La tutela della salute (o dai rischi, anche economici) derivanti da eventuali minacce ai suoi danni può essere affidata anche alle Compagnie di Assicurazione: ecco qual è il ruolo possibile ruolo nel campo della sanità integrativa

Le Compagnie di Assicurazione sono società di capitali autorizzate a esercitare l'attività assicurativa, intesa come tutela dei rischi e dei bisogni dei soggetti che si rivolgono loro.) In particolare, per poter essere autorizzate a operare quali Compagnie assicurative, tra i vari obblighi, le imprese italiane:

- devono svolgere solo l'attività assicurativa o riassicurativa, le attività strumentali e connesse, e le poche altre attività consentite dalla legge;
- devono operare, almeno in parte, all'interno del territorio nazionale, non potendo esercitare la propria attività in modo esclusivo fuori dall'Italia;
- non possono dar corso a operazioni espressamente vietate dalla legge (a titolo esemplificativo, non è possibile assicurare il prezzo del valore del riscatto per ipotesi di sequestro di persona).

In linea generale, le Compagnie assicurative non possono poi operare sia nel ramo vita che nel ramo danni, salvo per quelle autorizzate ad operare prima del 15 marzo 1979. Oltre a questa serie di limitazioni, le società che aspirino all'autorizzazione a operare come compagnie assicurative, devono soddisfare alcune condizioni necessarie in termini di solidità patrimoniale,

onorabilità e professionalità dei suoi soggetti apicali e dei componenti degli organi di amministrazione e controllo.

Dunque, a differenza di quanto non accada per fondi sanitari e società di mutuo soccorso, l'esercizio dell'attività assicurativa privata - che consiste necessariamente in attività di impresa da svolgersi in forma di società - prevede uno scopo di lucro. Detto altrimenti, nel rispetto di regole e vincoli stabiliti per legge, una sana impresa di assicurazione raccoglie i premi dalla platea dei potenziali contraenti e crea opportune riserve da utilizzare per poter corrispondere i futuri eventuali indennizzi, capitali e rendite, investendo dunque risorse con questa precisa finalità: l'ammontare complessivo dei premi richiesti deve essere, infatti, sufficiente a mantenere l'impegno di rivalere gli assicurati al verificarsi degli eventi attinenti alla vita umana definiti dal contratto di assicurazione, oltre a remunerare i propri soci per l'investimento svolto.

### **Il ruolo delle Compagnie nel campo di sanità e salute**

Fatte queste doverose premesse, è bene precisare che anche le Compagnie di Assicurazione possono essere considerate a pieno titolo tra i soggetti protagonisti della sanità integrativa, cui concorrono di fatto attraverso coperture assicurative che possono essere indirizzate sia alla protezione da grandi rischi sia all'eventualità di malattia e infortuni, solitamente a fronte del pagamento di un premio annuale. La peculiarità rispetto a fondi sanitari e società di mutuo soccorso è tuttavia evidente: oltre a porsi come tutela (per costi, modalità e tempi) per prestazioni integrative rispetto a quelle offerte dal SSN, le polizze assicurative possono prevedere rimborsi e risarcimenti relativi non solo a spese mediche sostenute, ma anche rispetto alle perdite finanziarie dell'assicurato a seguito di malattie, infortuni, condizioni di invalidità o non autosufficienza.

Nel concreto, le prestazioni garantite - così come l'eventuale importo di massimali, franchigie e del premio stesso - dipenderanno dal tipo di polizza stipulata: il mercato assicurativo permette infatti sempre più spesso ai propri assicurati, anche a mezzo di coperture aggiuntive, di "personalizzare" e "comporre" le proprie soluzioni di assicurazione sulla base delle proprie effettive esigenze. Attenzione, però, perché non è detto che tutte le possibili coperture siano estendibili a quanti desiderano aderire: alle Compagnie di Assicurazione è infatti concesso di applicare dei criteri di selezione. Sono ad esempio spesso previsti sia limiti di età all'ingresso sia accertamenti sullo stato di salute dell'aderente, al termine del quale spetterà alla parte assicuratrice la decisione di assicurare (o meno) il cliente sulla base delle risposte pervenute.



## Non solo sanità integrativa: altre tutele per la salute e ulteriori ambiti di copertura



Non autosufficienza e *Long Term Care*, invalidità permanente, infortuni o malattie gravi: l'assistenza sanitaria integrativa non è la sola strada per tutelare la propria salute. Ecco gli ulteriori ambiti di copertura di cui è possibile dotarsi, e i rischi da cui è possibile proteggersi, attraverso il *welfare* privato

[Come rilevato dal Nono Rapporto Itinerari Previdenziali](#), dal 2014 - anno in cui è stata avviata la rilevazione - la voce più consistente di spesa per *welfare* privato continua a essere la spesa sanitaria direttamente sostenuta dalle famiglie, la cosiddetta *spesa out of pocket* (OOP), effettuata cioè senza intermediazione di fondi sanitari e assicurazioni, passata in 7 anni di analisi da 30 miliardi ai 40,268 del 2020.

La spesa italiana per il *welfare* privato

Tipologia	2020	
	Spesa privata lorda	Spesa privata netta
Previdenza complementare	16.531	12.092
Spesa per sanità OOP	40.286	36.110
Spesa per assistenza LTC	33.380	23.275
Spesa per sanità intermediata	5.165	4.171
Spesa <i>welfare</i> individuale	3.172	2.569
<b>Spesa totale</b>	<b>98.534</b>	<b>78.217</b>

Fonte: Nono Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

In particolare, la spesa complessiva privata per sanità ammonta a 45,45 miliardi di euro, quale somma delle voci di spesa OOP e dei 5,165 (11,3%) di spesa sanitaria intermediata invece da fondi sanitari, Compagnie di Assicurazione, società di mutuo soccorso e altri soggetti.

Non di minore rilievo, e pertanto non trascurabili, sono però le altre voci imputabili alla sfera "salute", con 33,38 miliardi spesi per la non autosufficienza tra assistenza domiciliare o residenziale e 3,172 investiti invece in protezioni assicurative e individuali. Nel dettaglio, se

quest'ultime ricomprendono la raccolta premi per polizze infortuni, la spesa (lorda) per non autosufficienza è data dai costi sostenuti dai singoli e dalle famiglie per residenzialità, come RSA e altro, e per assistenza domiciliari (le cosiddette “badanti”), oltre al totale premi per polizze assicurative LTC. Non considerate invece altre e ulteriori voci di spesa relative ai costi materiali per fare fronte alle esigenze di vita di coloro che sono in tutto o in parte non autosufficienti (come montascale, *device* per ipoudenti, misuratori di pressione, strumenti di domotica e così via).

Due ambiti dei quali occorre dunque necessariamente tenere conto, e non solo in funzione dei pur rilevanti costi sostenuti, ma anche e soprattutto per le ulteriori coperture offerte agli italiani che vogliono tutelare la propria salute e/o mettersi al riparo da eventuali rischi, tra cui anche danni di natura economica, comunque correlati all'andamento delle proprie condizioni sanitarie:

- [Long Term Care e Non Autosufficienza](#)
- [Malattie gravi \(\*Dread disease, critical illness o serious illness\*\), morte e invalidità permanente](#)
- [Infortuni e Malattia](#)