

COPERTURE MALATTIA

Se il Ssn fa flop si cerca la sanità integrativa

Federica Pezzatti

Negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria privata, quindi pagata direttamente dalle tasche dei cittadini e sostenuta dai regimi di finanziamento privato, è cresciuta rosicchiando circa 4 punti percentuali alla spesa sanitaria pubblica.

Le liste di attesa si allungano e per fare esami diagnostici di prevenzione spesso occorrono mesi. I cittadini sono costretti così a pagare di tasca propria. Nel 2024, la spesa sanitaria "out of pocket" (a carico degli utenti) ha continuato a rappresentare una parte significativa del finanziamento sanitario totale, con la Fondazione **Gimbe** che stima una spesa totale per il 2024 di 176,1 miliardi di euro, di cui il 26% (circa 45,7 miliardi) a carico delle famiglie. Questa cifra include sia la spesa diretta sia quella intermediata da fondi sanitari e assicurazioni.

In questo scenario si fanno largo anche le polizze malattia acquistate dalle famiglie (direttamente o in forma collettiva). I più fortunati riescono ad essere coperti da fondi integrativi di natura negoziale o aziendale, che tra l'altro permettono di poter proteggere anche persone con malattie pregresse che muovendosi in forma

individuale avrebbero particolari difficoltà a trovare soluzioni a prezzi accettabili.

Chi non è così fortunato da avere una cassa o un fondo, che di solito prevedono coperture di prezzo accessibile (anche per i familiari), deve fare ricorso a polizze individuali ad hoc normalmente più care. Queste soluzioni sono sempre più arricchite da servizi aggiuntivi di prevenzione o di assistenza (check up, teleconsulto, assistenza, pacchetti di prevenzione da determinate patologie). Si tratta poi di prodotti modulari personalizzabili e modificabili.

La polizza malattia può prevedere una copertura in forma di assistenza diretta presso strutture mediche e medici convenzionati (in questo caso, l'assicurazione paga direttamente) oppure il rimborso (l'assicurazione, dietro presentazione della fattura, liquida le spese sostenute dall'assicurato). Può essere previsto anche il pagamento, da parte della compagnia, di una determinata somma di denaro per ogni giorno di ricovero e un'integrazione ulteriore per i lavoratori autonomi.

La formula "invalidità permanente" inoltre assicura il pagamento di una determinata somma quando non si è più in

grado di lavorare a causa di una malattia che provoca invalidità totale o parziale (da notare che se la perdita della capacità lavorativa deriva da infortunio non è coperta da questo tipo di contratto che copre invece solo se del deficit è una malattia).

Firmato il contratto, la copertura si attiva dopo che è trascorso un determinato periodo dalla stipula (carenza).

Quando si stipulano queste polizze bisogna fare attenzione ad alcune clausole e condizioni contrattuali dai massimali indennizzabili alla presenza di medici convenzionati, il cui mancato utilizzo può comportare esclusioni o riduzioni del rimborso. Vi sono poi da considerare franchigie, scoperti e soprattutto esclusioni.

Occhio anche a non fare omissioni quando si compila il questionario anamnestico che ha lo scopo di rendere noto alla compagnia lo stato di salute nonché l'esistenza di patologie pregresse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Peso: 60%