

Michele Dalle Molle
Consulente assicurativo
Roma EUR e online

LE GUIDE DI POLIZZE IN CHIARO · N.1

La guida *definitiva* all'assicurazione sanitaria

Polizza, fondo sanitario o mutua: che cosa copre davvero, che cosa no e quanto resta a tuo carico. Spiegato dall'inizio, senza parole difficili.

ALL'INTERNO TROVERAI

1. Polizza, fondo o mutua: chi ti copre e come si entra
2. Le 7 coperture, una per una: che cosa c'è di solito e che cosa no
3. Le 6 parole che decidono quanto paghi tu
4. I numeri, con fonte e data: prezzi, attese, spesa di tasca propria
5. Due esempi con i conti fatti
6. Le differenze tra polizza, fondo e mutua: tasse, uscita, età
7. Le 7 domande già scritte e la tua scheda Radiografia in Chiaro

Buona lettura: spero che ti sia utile.

Michele · Aggiornata a novembre 2026

SFOGLIA

PRIMA DI INIZIARE

Chi sono, e *che cosa trovi qui*



Mi chiamo **Michele Dalle Molle** e faccio il consulente assicurativo a Roma EUR e online. Mi occupo di assicurazione sanitaria, e su questo ho scritto anche un libro.

In questa guida ho messo quello che spiego ogni giorno a chi si siede davanti a me, nello stesso ordine:

1 Come funzionano polizza, fondo e mutua **p. 3**

2 Che cosa paga ogni copertura, e che cosa no **p. 5**

3 Quanto costa curarsi pagando di tasca propria, e quanto si aspetta **p. 11**

4 In che cosa le tre forme sono diverse **p. 16**

5 Come ti orienti, e che cosa chiedere per iscritto **p. 18**

● Qui dentro non c'è una polizza da comprare, e nessuno ti chiede niente sulla tua salute. Ogni numero ha la sua fonte e la sua data.

Prima capisci. Poi scegli.

LE TRE FORME

Polizza, fondo o mutua: *chi ti copre*

Una copertura sanitaria privata può arrivare da tre soggetti: nascono in modi diversi, e questo cambia le regole.

Polizza sanitaria

È un accordo scritto con una compagnia di assicurazione: ogni anno paghi una cifra, il premio, e lei paga o rimborsa le spese elencate nel contratto.

LE REGOLE nel set informativo, il fascicolo che ricevi prima di firmare.

Fondo o cassa sanitaria

È un ente senza scopo di lucro, nato di solito da un contratto di lavoro o da una categoria. I contributi li versa l'azienda, a volte anche tu.

LE REGOLE nel regolamento.

Mutua

È una società di mutuo soccorso: un'associazione, anch'essa senza scopo di lucro, di cui diventi socio. Versi un contributo e ricevi un sussidio, cioè un rimborso o una cifra fissa.

LE REGOLE nello statuto e nel regolamento.

Puoi averne più di una: per esempio un fondo dal lavoro e una polizza firmata in banca.

COME SI ENTRA

Da solo o in gruppo: *che cos'è la «collettiva»*

«Collettiva» non è una quarta forma: è il modo in cui entri. Polizza, fondo e mutua possono coprire una persona sola oppure un gruppo.

Da solo	Scegli, firmi e paghi tu. Per una polizza, di solito, la compagnia ti fa prima compilare un questionario sulla salute.
In gruppo	Entri con gli altri dipendenti, iscritti o soci, alle stesse condizioni. Di solito il questionario non c'è.

Dove potresti avere già una copertura

Lavori come dipendente	Nel contratto di lavoro: chiedi all'ufficio del personale quale fondo prevede.
Hai la partita IVA	Nella cassa della tua professione o nella tua associazione di categoria.
Sei in pensione	Nel fondo del tuo ultimo lavoro: chiedi se puoi restare iscritto.
Sempre	Nella copertura di chi vive con te: chiedi se comprende i familiari.

> Hai un fondo dal lavoro? Commenta **FONDO**. Lavori nel pubblico? **DIPENDENTI**.

Fonte: IVASS, guida n. 4, luglio 2024.

LE COPERTURE

Una copertura è fatta *a pezzi*

Nessun contratto copre «la salute» in generale. Ogni copertura è fatta di pezzi, e ogni pezzo paga un tipo di spesa: averne uno non vuol dire avere gli altri. Che cosa c'è dentro ciascuno dipende dal contratto: qui trovi che cosa c'è di solito, e che cosa di solito manca.

1 **Ricoveri e grandi interventi** p. 6
L'ospedale e la sala operatoria

2 **Alta diagnostica** p. 7
TAC, risonanza, PET

3 **Visite ed esami** p. 8
Lo specialista e gli esami comuni

4 **Dentista** p. 8
Prevenzione, cure, impianti

5 **Diaria** p. 9
Una cifra per ogni giorno di ricovero

6 **Prevenzione** p. 9
I controlli periodici

7 **Non autosufficienza** p. 9
Un aiuto se non riesci più a fare da solo

LA MIA POSIZIONE

«Copre tutto» è la frase più cara. Chiedi sempre quali pezzi ci sono, e fino a quale cifra.

1 COPERTURA 1 DI 7

Ricoveri e *grandi interventi*

È il pezzo che paga l'ospedale: la stanza, la sala operatoria, i medici e, spesso, le visite e gli esami fatti nei giorni prima e dopo il ricovero.

● **Attenzione al nome.** Una copertura «ricoveri» vale per i ricoveri previsti dal contratto. Una copertura «grandi interventi» vale soltanto per le operazioni che nomina una per una: se la tua non c'è, non paga niente.

DI SOLITO C'È	DI SOLITO NON C'È
Il ricovero, con o senza intervento	Il pronto soccorso senza ricovero
Le visite e gli esami prima e dopo	La chirurgia estetica
	Le case di riposo

Se ti operi nel servizio pubblico senza spendere, alcune coperture ti versano una cifra per ogni giorno di ricovero.

GUARDA quali interventi sono nominati, i giorni compresi prima e dopo, se conta anche il ricovero di un giorno (day hospital).

2 COPERTURA 2 DI 7

Alta diagnostica: *TAC, risonanza, PET*

Si chiamano così gli esami fatti con le macchine più complesse. La TAC usa i raggi X per fotografare il corpo a strati; la risonanza magnetica ci riesce con un campo magnetico, senza raggi; la PET mostra come lavorano i tessuti. Fanno vedere quello che una visita o una radiografia non rivelano.

PERCHÉ CONTA

Sono tra gli esami più cari, se li paghi tu: in media 225 euro una risonanza e 206 una TAC (p. 11). In molti contratti sono un pezzo a parte: valgono solo gli esami nominati, fino a una cifra massima.

DI SOLITO C'È

Gli esami nominati nel contratto, se li chiede il medico

DI SOLITO NON C'È

Gli esami che il contratto non nomina

Quelli fatti senza richiesta

GUARDA quali esami sono nominati, la cifra massima all'anno, quanto paghi tu ogni volta, se rimborsa il ticket del servizio pubblico.

3.4 COPERTURE 3 E 4 DI 7

Visite, esami e *dentista*

3 Visite specialistiche ed esami

Paga lo specialista e gli esami comuni: ecografie, radiografie, analisi. È il pezzo che si usa di più, e quello con più condizioni.

- **Di solito c'è:** le visite e gli esami chiesti dal medico, fino a una cifra all'anno.
- **Di solito non c'è:** quello che fai di tua iniziativa, senza richiesta.

GUARDA se serve la richiesta con il motivo, quante visite in un anno, quanto paghi tu.

4 Dentista

Prevenzione, cure e impianti sono tre cose distinte: avere la pulizia dei denti non vuol dire avere l'impianto.

- **Di solito c'è:** una visita e una pulizia all'anno; in alcuni piani anche cure e impianti.
- **Di solito non c'è:** i denti già da curare il giorno della firma, e l'apparecchio.

GUARDA quale delle tre comprende, la cifra massima per impianto, da che giorno vale.

«Tariffa agevolata» non vuol dire rimborsato: paghi tu, con uno sconto.

5.7 COPERTURE 5, 6 E 7 DI 7

Diaria, prevenzione, *non autosufficienza*

5 Diaria da ricovero

Non rimborsa una spesa: ti versa una cifra fissa per ogni giorno passato in ospedale, anche pubblico. Serve soprattutto a chi, quando si ferma, smette di guadagnare.

GUARDA da quale giorno paga, e per quanti giorni.

6 Prevenzione e check-up

È un pacchetto di esami di controllo, di solito una volta l'anno e in una struttura convenzionata, cioè che ha un accordo con chi ti copre: lo fai anche se stai bene.

GUARDA quali esami ci sono nel pacchetto.

7 Non autosufficienza

In inglese «Long Term Care», LTC. Ti versa una rendita, cioè una cifra ogni mese, se in modo permanente non riesci più a fare da solo le cose di ogni giorno: lavarti, vestirti, mangiare, muoverti.

GUARDA come è definita la non autosufficienza, e fino a che età puoi entrare.

> Lavori in proprio? Commenta **PIVA**. Hai più di 60 anni? **OVER60**.

LE PAROLE

Sei parole decidono *quanto paghi tu*

Parola	Che cosa vuol dire per te
Massimale	La cifra più alta che la copertura paga in un anno. Oltre, paghi tu.
Franchigia	Una cifra fissa che paghi tu su ogni spesa.
Scoperto	Una percentuale di ogni spesa che paghi tu.
Carenza	Il periodo dopo la firma in cui paghi già, ma non sei ancora coperto: per le malattie, di solito da 30 a 180 giorni.
Esclusioni	Le spese che la copertura non paga mai.
Preesistenze	I problemi di salute che avevi prima di firmare: di solito non sono coperti.

ESEMPIO

Su una spesa di 200 euro, con una franchigia di 50 euro paghi tu 50; con uno scoperto del 20% paghi tu 40.

Cifre scelte solo per fare il conto.

Trucco: nel PDF del contratto tocca «Cerca» e scrivile una alla volta.

> Le vuoi tutte, con la domanda da fare? Commenta **PAROLE**.

Durata della carenza: IVASS, guida n. 4, luglio 2024.

Quanto costa, *se paghi tu*

Prezzi medi in Italia di una prestazione fatta privatamente, cioè senza passare dal servizio pubblico.

Visita dal dermatologo	**104 €**
Visita dall'ortopedico	**126 €**
Visita dal cardiologo	**136 €**
Ecografia	**108 €**
TAC	**206 €**
Risonanza magnetica	**225 €**
Pulizia dei denti	**75 €**
Otturazione	**110 €**

Il prezzo cambia con la zona: una risonanza costa in media 166 euro al Sud e 280 al Nord; una visita dal cardiologo 110 e 146.

Chi è passato al privato dopo aver provato a prenotare nel pubblico ha speso in media 138 euro.

● **Con il servizio pubblico** paghi il ticket: al massimo 36,15 euro a ricetta nella maggior parte delle regioni.

Fonti: osservatorio prezzi di un portale di prenotazione online, medie su oltre 130.000 prezzi di listino pubblicati online (consultato il 16/11/2026); Altroconsumo, 10/3/2025 (spesa media) e 21/9/2026 (ticket).

Quanto si aspetta: *pubblico e privato*

Sulla ricetta il medico scrive una lettera: indica entro quanto tempo il servizio pubblico deve darti l'appuntamento.

U	Urgente	**3 giorni**
B	Breve	**10 giorni**
D	Differibile	**30 giorni la visita, 60 l'esame**
P	Programmata	**120 giorni**

Nei primi nove mesi del 2026 è stato prenotato entro questi tempi il **78,6%** delle prime visite e l'**85%** degli esami: una visita su cinque va oltre. Un anno prima erano il 76,9% e l'83,3%.

A pagamento, negli ospedali pubblici, circa una prenotazione su due arriva entro 10 giorni.

● **«Convenzionata» ha due significati.** Una struttura convenzionata con il servizio pubblico: paghi il ticket e valgono questi tempi. Convenzionata con la tua copertura: valgono i tempi del privato, e paga chi ti copre, in tutto o in parte.

Fonti: Agenas, Bollettino liste d'attesa n. 1 (dati al 30/9/2026); Agenas, monitoraggio 2024, nell'analisi dell'Osservatorio CPI, Università Cattolica, 29/5/2026.

Quanto si paga già *di tasca propria*

42,4 miliardi di euro

È quanto hanno pagato di tasca propria le famiglie italiane per curarsi nel 2025: più di un euro su cinque della spesa sanitaria.

Fondazione GIMBE, 9° Rapporto sul Servizio sanitario, 7/10/2026

1.723 euro l'anno

È la spesa media di una famiglia per cure, visite e prodotti per la salute.

Altroconsumo, indagine 2025, pubblicata il 27/1/2026

5,8 milioni di persone

Nel 2024 hanno rinunciato ad almeno una visita o a un esame: circa 4 milioni per i tempi d'attesa, 3,1 per il costo.

Fondazione GIMBE, 9° Rapporto, 7/10/2026

164 euro al mese

È quanto spende per la salute una coppia di anziani; un anziano che vive da solo ne spende 104.

Istat, Le spese per i consumi delle famiglie 2025, 8/10/2026

Questi numeri non dicono che devi comprare qualcosa. Dicono che una parte delle cure la paghiamo già noi: meglio sapere prima quale toccherebbe a te.

La stessa risonanza, *tre conti diversi*

ESEMPIO

Paolo ha 58 anni e da settimane ha male a un ginocchio. Il medico gli prescrive una risonanza, senza urgenza: sulla ricetta c'è la lettera P.

1 · Con il servizio pubblico

Paga il ticket	**al massimo 36,15 €**
Aspetta	**fino a 120 giorni**

2 · In privato, pagando lui

Paga	**225 €**
Aspetta	**spesso meno di 10 giorni**

3 · In privato, con una copertura che comprende l'alta diagnostica

Paga lui (scoperto del 20%)	**45 €**
Paga la copertura	**180 €**

Se la sua copertura comprende solo i ricoveri, il conto è il secondo: 225 euro, come se non l'avesse. Conta sapere quali pezzi ci sono dentro.

La storia di Paolo è un esempio. Ticket e prezzo medio vengono dalle fonti di p. 11; lo scoperto è scelto per fare il conto.

15.000 euro di intervento: *chi paga che cosa*

ESEMPIO

Anna ha 46 anni e lavora in proprio. Deve operarsi, e in una clinica privata l'intervento costa 15.000 euro.

1. **Nel servizio pubblico**
   L'intervento non lo paga. Aspetta il suo turno e, nei giorni di ricovero, non guadagna.

2. **Con una copertura «ricoveri» e una franchigia di 1.000 euro**
   1.000 euro li paga lei, 14.000 la copertura.

3. **Con una copertura «grandi interventi»**
   La copertura paga solo se nomina quell'intervento. Se non lo nomina, Anna paga tutto.

4. **Con una diaria da 100 euro al giorno**
   Per 5 giorni di ricovero riceve 500 euro, anche in un ospedale pubblico.

● **Prima di prenotare,** chiedi per iscritto se la struttura è convenzionata con la tua copertura e se serve un'autorizzazione.

La storia di Anna è un esempio. Costo e franchigia riprendono l'esempio della guida IVASS n. 4 (luglio 2024); la diaria è scelta per fare il conto.

Polizza, fondo o mutua: *che cosa cambia*

Polizza	Fondo o cassa	Mutua
DA SOLO O IN GRUPPO		
Da solo, se la compri tu; in gruppo, se entri con l'azienda o la categoria.	Quasi sempre in gruppo: con il lavoro o la cassa della professione.	Da solo, se ti iscrivi tu; in gruppo, tramite l'azienda.
LA FAMIGLIA		
Entra solo chi è scritto nel contratto: ogni persona in più si paga.	Lo dice il regolamento: i familiari entrano gratis, pagando, oppure no. ■	Di solito puoi iscrivere anche chi vive con te. ■
RETE CONVENZIONATA O RIMBORSO		
Tutte e due: la compagnia paga la struttura convenzionata o rimborsa te.	Come la polizza. Alcuni fondi rimborsano anche il ticket. ■	Con sussidi: un rimborso, spesso a cifra fissa, o la struttura convenzionata. ■

■ Da controllare nel tuo contratto, regolamento o statuto.

Nessuna è la migliore in assoluto: la tabella dice che cosa chiedere.

> Il confronto con i conti? Commenta **MUTUA**.

Tasse, uscita, *età e rinnovo*

Polizza	Fondo o cassa	Mutua
LE TASSE		
Il premio, in genere, non si detrae. Eccezione: non autosufficienza, 19% fino a 1.291,14 € di premio.	Contributi non tassati fino a 3.615,20 € l'anno, se il fondo è iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari.	Detrai il 19% del contributo, fino a 1.300 € versati.
CHI PUÒ CHIUDERE		
Tu, con la disdetta. Anche la compagnia può non rinnovare. ■	Segue il lavoro: chiedi che cosa succede se cambi o vai in pensione. ■	Tu puoi uscire. Tempi ed esclusione: nello statuto. ■
ETÀ E RINNOVO		
Spesso c'è un'età massima per entrare e restare; il prezzo può salire. ■	Dura quanto il lavoro; dopo valgono le regole del fondo. ■	Di solito l'iscrizione non scade. Età d'ingresso e contributo: nel regolamento. ■

■ Da controllare nel tuo contratto.

Fonti: artt. 15 e 51 TUIR; art. 83 D.Lgs. 117/2017; IVASS, guida n. 4 (2024). Per il tuo caso chiedi al CAF.

Quattro zone, *alla polizza, non a te*

È il modo in cui metto ordine in ogni consulenza: guardo i contratti, mai la tua salute. Vale per quello che hai e per quello che ti propongono.

1 Cosa hai
Quello che ti copre oggi, anche tramite il lavoro o chi vive con te.

2 Cosa ti manca
I sette pezzi di p. 5: quali ci sono, quali no, fino a quale cifra.

3 Quanto spendi, e se puoi spendere meglio
Quanto paghi per le coperture, più quanto spendi di tasca tua.

4 Cosa puoi migliorare
Prima togli quello che paghi due volte, poi copri la spesa più pesante.

Scegliere così può farti pagare meno e avere di più.

Chi fa cosa

Tu	Fai le domande per iscritto e compili la scheda.
Chi ti copre	Ti risponde per iscritto.
Il consulente	Se vuoi, legge la scheda con te. La scelta resta tua.

LO STRUMENTO · DA COPIARE

Le 7 domande, *già scritte*

Mandale per email a chi ti copre oggi, oppure a chi ti propone una copertura, prima di firmare.

CHIEDI COSÌ · COPIA E INCOLLA

Buongiorno, sono [nome e cognome]. Vi chiedo di rispondermi per iscritto:

1. Mi mandate il contratto o il regolamento completo, in PDF?
2. Chi è coperto: solo io, o anche i miei familiari?
3. Quali coperture comprende tra ricovero, alta diagnostica, visite, esami e dentista, e fino a quale cifra per ciascuna?
4. Quanto pago io su ogni spesa, nelle strutture convenzionate e nelle altre?
5. Da che giorno vale ogni copertura, e in quale articolo sono scritte le spese escluse?
6. Fino a che età posso restare, e come cambia il prezzo al rinnovo?
7. Potete chiudere voi il contratto dopo un rimborso?

Grazie, [firma]

Non scrivere niente sulla tua salute: non serve. E conserva le risposte: una risposta vale quando è scritta.

La tua scheda, *in 4 zone*

1 Cosa hai

☐ Polizza ☐ Fondo o cassa ☐ Mutua ☐ Niente
☐ Non lo so

Chi è coperto _____

2 Cosa ti manca

Copertura	C'è	Non c'è	Non lo so
Ricoveri e interventi			
Alta diagnostica			
Visite ed esami			
Dentista			
Diaria			
Prevenzione			
Non autosufficienza			

3 Quanto spendi

Per le coperture, in un anno _____ €

Di tasca mia, in un anno _____ €

4 Cosa puoi migliorare

La prima cosa da fare _____

Compilala su quello che hai già, oppure su una proposta che stai valutando. Ogni «non lo so» è una domanda da fare (p. 19). Fai uno screenshot e scrivici sopra, oppure stampala.

E ADESSO?

15 minuti per capire *da dove partire*

Se una zona della scheda è rimasta vuota, la guardiamo insieme, al telefono o in video: in un quarto d'ora sai qual è la prima cosa da fare. Porta solo le tue domande.

Prenota 15 minuti con me: gratuiti e senza impegno

Tocca il pulsante o inquadra il codice. Niente domande sulla tua salute, niente documenti sanitari.

Oppure scrivimi su Instagram: @polizze_in_chiaro

VAI PIÙ A FONDO · COMMENTA LA PAROLA

Il fondo sanitario del lavoro	**FONDO**
Dipendenti pubblici	**DIPENDENTI**
Dopo i 60 anni	**OVER60**
Partita IVA: se ti fermi	**PIVA**
Mutua, fondo o polizza	**MUTUA**
Le parole della polizza	**PAROLE**

Guida informativa aggiornata a novembre 2026: fanno fede i contratti, i regolamenti e i documenti ufficiali.

Michele Dalle Molle · consulente assicurativo · iscritto al registro degli intermediari · collaboratore di ASSURTECH SRL