

Applicazioni della Digital Health nella Sanità Integrativa

Tipizzare gli usi concreti della digital health da parte di Fondi, Casse e Mutue, oltre la sola telemedicina

Le otto aree applicative

Mapa degli usi concreti — il portafoglio digitale del Fondo / Cassa

PREVENZIONE DIGITALE

Questionari di rischio, screening assistiti, programmi di sano stile di vita gamificati.

ENGAGEMENT & LITERACY

Piattaforme di education, contenuti personalizzati, alfabetizzazione sanitaria.

CARE MANAGEMENT

PDTA digitali per cronicità: diabete, ipertensione, cardio, oncologico, salute mentale.

TRIAGE DIGITALE

Orientamento alla rete sanitaria del Fondo, smistamento appropriato.

SECOND OPINION

Consulto specialistico online da reti di centri di eccellenza nazionali e internazionali.

SALUTE MENTALE DIGITALE

Servizi di benessere psicologico, supporto, terapia digitale supervisionata.

ANALYTICS DI POPOLAZIONE

Stratificazione del rischio degli iscritti — con base giuridica adeguata e DPIA.

ADI DIGITALMENTE ABILITATA

Assistenza domiciliare integrata, telemonitoraggio, modello DM 77/2022.

SPECIFICITÀ PER LA SANITÀ INTEGRATIVA

La corretta classificazione di ciascuna applicazione digitale tra prestazione vincolata e servizio accessorio non vincolato è determinante ai fini fiscali (art. 51 TUIR e Anagrafe Fondi). Prima di attivare qualsiasi servizio, il Fondo deve inoltre valutare il profilo di digital literacy degli iscritti: un servizio tecnologicamente avanzato risulta inefficace se la popolazione target non è in grado di utilizzarlo.

RIFERIMENTI NORMATIVI

D.lgs 502/1992 art. 9

DM Sacconi 2008

Art. 51 TUIR

GDPR artt. 6-9-22-35

AI Act 2024

EHDS 2025

DOMANDE APERTE AL TAVOLO

1 Quali applicazioni di Digital Health possono essere erogate immediatamente a tutti gli iscritti e quali richiedono una fase pilota prima del dispiegamento?

2 Quale modello di adesione adottare: attivazione su consenso esplicito (opt-in) per singolo servizio, per pacchetto integrato, o attivazione di default con possibilità di recesso?

Applicazione della Telemedicina nei Fondi Sanitari

I modelli operativi con cui un Fondo / Cassa inserisce la telemedicina nel proprio piano sanitario

I quattro modelli operativi

Dalla logica del rimborso al programma di cura longitudinale

Modello A

RIMBORSO

L'iscritto fruisce autonomamente di una prestazione di telemedicina presso un provider accreditato e il Fondo rimborsa la spesa sostenuta, previa presentazione del referto e della fattura con il codice nomenclatore corretto. Richiede una corretta qualificazione della prestazione e una rendicontazione puntuale per singolo atto medico.

Modello B

EROGAZIONE DIRETTA

Il Fondo convenziona direttamente uno o più provider di telemedicina: il provider eroga la prestazione, il Fondo remunera il provider, e l'iscritto fruisce del servizio gratuitamente o con una compartecipazione definita nel piano sanitario. La governance del rapporto con il provider è interamente in capo al Fondo.

Modello C

ABBONAMENTO

Il Fondo mette a disposizione degli iscritti un pacchetto continuativo di servizi digitali — come il medico disponibile h24, il supporto psicologico online, il monitoraggio dei parametri vitali — con una tariffa forfettaria mensile o annuale. La rendicontazione non avviene per singola prestazione, ma richiede chiarezza sulla natura vincolata o non vincolata del servizio ai fini fiscali.

Modello D

PROGRAMMA DI CURA

Il Fondo struttura un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) in telemedicina per una o più patologie croniche target — ad esempio diabete, scompenso cardiaco, BPCO — con presa in carico longitudinale dell'iscritto. Il Fondo assume un ruolo attivo di governance clinica, con obiettivi di esito misurabili e rendicontazione basata sui risultati.

SPECIFICITÀ PER LA SANITÀ INTEGRATIVA

Il modello operativo scelto ha conseguenze dirette sulla qualificazione fiscale del servizio e sulla governance del rapporto con il provider. In nessun caso è ammissibile rimborsare un mero accesso a piattaforma in luogo di una prestazione sanitaria codificata. Nei modelli continuativi è necessario definire se il servizio rientra nel perimetro delle prestazioni vincolate o delle non vincolate, con le relative implicazioni per il calcolo del 20% deducibile.

RIFERIMENTI NORMATIVI

DM Turco 27/10/2009

Art. 51 TUIR

Art. 10 TUIR

Anagrafe Fondi

Stato-Regioni 2020

DM Salute 30/09/2022

DOMANDE APERTE AL TAVOLO

1 Quale combinazione di modelli operativi risulta più adeguata per i Fondi della community WN+, in relazione alle rispettive dimensioni e strutture organizzative?

2 Come gestire i potenziali conflitti di interesse nei casi in cui il provider di telemedicina gestisca anche la rete fisica convenzionata del Fondo?