



REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

Approvato dal CdA il 7 marzo 2017

INDICE

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

- art. 1: oggetto e strumenti dell'assistenza
- art. 2: scheda anamnestica
- art. 3: tariffario
- art. 4: durata della degenza
- art. 5: ammissione ed autorizzazione alle prestazioni

TITOLO II

GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

- art. 6: presidio amministrativo/sanitario
- art. 7: controlli medici
- art. 8: esclusioni dall'assistenza
- art. 9: decorrenza delle prestazioni

TITOLO III

FORME DI ASSISTENZA

- art. 10: assistenza diretta
- art. 11: assistenza indiretta
- art. 12: assistenza nella maternità

TITOLO IV

MEDICINA PREVENTIVA

- art. 13: assistenza nella medicina preventiva
- art. 14: terapie senza ricovero

TITOLO V

DISCIPLINA DEI RICOVERI

- art. 15: prestazioni
- art. 16: emergenza
- art. 17: garanzia assicurativa e limiti dell'assistenza

TITOLO VI

SOSPENSIONE

- art. 18: effetti della sospensione

TITOLO VII

MISURE DI GARANZIA PER I SOCI

- art. 19: quote mutualistiche per età
- art. 20: sbarramenti anagrafici
- art. 21: fondi per altri rischi

QUADRI DI RIFERIMENTO

- art. 19

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ARTICOLO I

OGGETTO E STRUMENTI DELL'ASSISTENZA

1. L'assistenza sanitaria cui provvede la Cassa è disciplinata dal presente regolamento.
2. La Cassa provvede all'assistenza in forma sia diretta presso Istituti convenzionati, regolati dalle singole convenzioni, sia in forma indiretta mediante rimborso a tariffario (Fasi vigente).
3. Atti e documenti necessari all'assistenza sono: la scheda anamnestica, il tariffario delle prestazioni e l'autorizzazione.
4. L'interpretazione delle disposizioni regolamentari si uniforma alle seguenti definizioni:

Day Hospital: degenza in Istituto di cura che non comporta pernottamento.

Day surgery: intervento in sala operatoria annessa a studio medico specializzato dotato di attrezzature idonee, con una permanenza non oltre le 24 ore.

Emergenza: necessità di prestazione medica immediata per eventi patologici improvvisi.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intra-Moenia: assistenza sanitaria prestata in ospedali e altre strutture pubbliche con pagamento a carico dell'assicurato.

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di stati patologici, mediante l'intervento di personale medico e paramedico abilitato.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna invasiva.

Massimale: somma massima indennizzabile per ciascuna persona e per ciascun nucleo familiare, nel corso dello stesso anno assicurativo.

Ricovero: degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Reparto di rianimazione: reparto disponibile con ricovero presso strutture pubbliche, dotato di attrezzature sanitarie che consentono, oltre al controllo delle funzioni vitali, il mantenimento in vita del paziente.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Terapia Intensiva: servizio sanitario operante in ricovero con attrezzature atte al controllo delle terapie necessarie per il mantenimento delle funzioni vitali.

ARTICOLO 2

SCHEDA ANAMNESTICA

1. La scheda anamnestica è il documento contenente una precisa e completa ricognizione della pregressa situazione sanitaria di ogni assistito della Cassa.
2. La scheda è compilata e sottoscritta da ogni soggetto unitamente alla domanda di iscrizione alla Cassa.
3. Le risultanze della scheda anamnestica sono valutate dal medico della Cassa che ha la facoltà di disporre accertamenti sanitari sui soggetti, interessati all'iscrizione, ai fini del nulla osta all'iscrizione.

Se il Medico rileva dalla scheda o dagli accertamenti successivi patologie ad elevato rischio, deve motivare il suo parere negativo all'iscrizione, in assoluto, o con specifica esclusione di assistenza mutualistica per le patologie rilevate.

ARTICOLO 3

TARIFFARIO

1. La Cassa adotta tariffari di accertata valenza su scala nazionale in relazione a particolari convenzioni con Istituti di cura o Medici e Chirurghi.
2. I tariffari delle prestazioni sanitarie stabiliscono il compenso dovuto dalla CAPAIAP a Medici, Chirurghi, Istituti di cura e Laboratori nelle convenzioni per l'assistenza diretta, e determina la misura del rimborso a ciascun assistito in caso di assistenza indiretta.
3. L'eventuale differenza tra maggiore spesa sostenuta dal socio e rimborso a tariffa resta a suo carico. Per l'assistenza indiretta dei ricoveri è applicato il Tariffario Fasi.

ARTICOLO 4

DURATA DELLA DEGENZA

1. La durata della degenza è prescritta dal Medico fiduciario della Cassa per ogni ricovero in relazione alla patologia ed allo stato di salute dell'assistito.

ARTICOLO 5

AMMISSIONE ED AUTORIZZAZIONE ALLE PRESTAZIONI

1. Sono ammessi all'assistenza i soci in regola col pagamento dei contributi annui e, dopo la prima prestazione, delle quote di partecipazione alla spesa.
2. Per essere autorizzato alle prestazioni, in forma sia diretta che indiretta, il socio deve presentare richiesta, corredata da relativa prescrizione medica, all'Ufficio della

Cassa – Sede di Roma

In mancanza di autorizzazione, il socio non ha diritto a prestazioni o rimborsi a carico della Cassa.

3. In tutti i casi di ricovero, day hospital, day surgery, con l'autorizzazione si stabiliscono l'Istituto o lo Studio Medico, la cura necessaria ed il periodo di degenza. In tutti i casi di visita specialistica, accertamento strumentale o altra forma di medicina preventiva, con l'autorizzazione si stabilisce l'istituto o lo Studio medico convenzionato, abilitandoli ad erogare la prestazione alle condizioni stabilite con la Cassa.
4. La spesa per la terapia intensiva, sub-intensiva e rianimazione, viene assunta dalla Cassa - esclusivamente se conseguenza di intervento chirurgico autorizzato e resa nello stesso ricovero - fino al massimale giornaliero di € 1.000,00, comprensivo di degenza, assistenza medico-infermieristica 24h ed uso di apparecchiature speciali, con il limite massimo di tre giorni.
5. L'autorizzazione della Cassa è inefficace se non viene controfirmata per accettazione dal socio: questi, con la sua sottoscrizione, aderisce alle prestazioni fissate, ed accetta per l'erogazione dell'assistenza le condizioni previste dal regolamento.
6. L'autorizzazione perde efficacia se non è presentata entro trenta giorni dalla data del rilascio, all'Istituto di cura, allo Studio medico o al Laboratorio specificamente indicati per la prestazione sanitaria.

TITOLO II

GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

ARTICOLO 6

PRESIDIO AMMINISTRATIVO/SANITARIO

1. Il presidio provvede all'ammissione dell'assistito alle prestazioni sanitarie, rilascia l'autorizzazione e fornisce al socio l'informazione relativa agli Istituti di cura ed alle voci del tariffario, fissa l'appuntamento con il Medico consulente, fiduciario della Capaiap, se necessario o/e richiesto dall'assistito.

ARTICOLO 7

CONTROLLI MEDICI

1. La Cassa ha facoltà di disporre visite di controllo presso gli Istituti di cura, nell'interesse dei soci.

ARTICOLO 8

ESCLUSIONI DALL'ASSISTENZA

1. Sono escluse dall'assistenza le conseguenze dirette e le patologie collegate o collegabili ad infortuni, malattie e malformazioni, che risultino aver dato origine a cure, esami e diagnosi anteriormente all'iscrizione alla Cassa, anche se non dichiarate nel questionario anamnestico.
2. Sono escluse dall'assistenza:
 - a) le malattie mentali di cui all'ari. 34 comma IV e segg. Legge 833/1978; tuttavia, l'esclusione non opera nei casi comportanti intervento chirurgico limitatamente ad esso;
 - b) le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - c) le prestazioni medico sanitarie dipendenti da gravidanza e puerperio, che si manifestino entro 300 giorni dalla iscrizione del socio, fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico;
 - d) gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere, o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento;
 - e) gli infortuni e le malattie derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'associato abbia preso parte volontariamente;
 - f) gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'associato; l'assistenza è invece prestata per gli infortuni determinati da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
 - g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetto fisico preesistente all'associazione alla Cassa, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata **prima dell'iscrizione del socio o familiare assistito**;
 - h) le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resisi necessari da malattia o infortunio, le cure e le protesi odontoiatriche e ortodontiche, le cure dietologiche e fitoterapiche, le cure omeopatiche, i cicli di agopuntura e chiropratica, le cure termali, salvo i trattamenti terapeutici resi necessari da malattia o infortunio; le visite e le sedute psicologiche, psichiatriche e di logoterapia;
 - i) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione o noleggio di presidi sanitari, ortesi, protesi, apparecchi terapeutici ed ottici;
 - l) le malattie professionali, così definite dai D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
 - m) le malattie e gli infortuni derivanti da guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
 - n) le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
 - o) gli interventi, anche ambulatoriali, per la riduzione della miopia, quando il grado accertato con visita dell'oculista convenzionato in forma diretta

dalla Cassa sia inferiore a 2,5 diottrie. Quando il grado di miopia supera 2,5 diottrie, gli interventi sono comunque esclusi dall'assistenza qualora abbiano carattere prevalentemente estetico ai sensi della precedente lettera h);

p) le lenti correttive della vista;

q) i ricoveri per accertamenti e cure, salvo valutazione del Medico della Cassa;

r) l'assistenza infermieristica domiciliare;

s) i casi di sieropositività al virus HIV;

t) i vaccini, i medicinali, le visite medico sportive, le terapie infiltrative, i certificati per attività agonistica, le visite medico legali.

3. E' esclusa dall'assistenza della Cassa qualsiasi prestazione per le conseguenze di una malattia cronica preesistente, anche se non dichiarata nella scheda anamnestica, quando sussista una delle seguenti condizioni (O.M.S.):

- sia permanente
- tenda a sviluppare un tasso di disabilità variabile
- sia causata da un'alterazione patologica non reversibile
- richieda una formazione speciale per una buona riabilitazione
- necessiti di un lungo periodo di controllo, osservazione e **cura**

4. Le malattie croniche e le situazioni di invalidità, intervenute dopo l'iscrizione alla Cassa, nonché le malattie a carattere cronico emerse anche successivamente all'iscrizione, non hanno la copertura della Capaiap.

Si definisce cronica una patologia quando sussista una delle condizioni previste dal precedente comma 3.

ARTICOLO 9

DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

1. Il diritto del socio alle prestazioni sanitarie ha effetto:

- a) per il ricovero, con o senza intervento chirurgico, dal 60° giorno successivo all'iscrizione;
- b) per il parto, dal trecentesimo giorno successivo all'iscrizione;
- c) per le altre prestazioni, compresa la prevenzione, dal giorno dell'iscrizione;

2. I termini di cui ai comma precedenti sono inderogabili.

3. La Cassa comunica ai socio, con la lettera d'iscrizione, la decorrenza delle prestazioni.

TITOLO III

FORME DI ASSISTENZA

ARTICOLO 10

ASSISTENZA DIRETTA

1. L'ammissione all'assistenza diretta, è disciplinata dall'art. 5 del presente regolamento.
2. Ai fini dell'assistenza diretta, la Cassa stipula convenzioni, anche in regime di "managed care" per l'alta chirurgia, con primari Istituti di cura pubblici o privati, Medici, Chirurghi e Laboratori diagnostici.
3. Nell'assistenza diretta, la spesa è anticipata dalla Cassa, eccettuata l'eventuale differenza di degenza prevista dalla convenzione con la Casa di cura e gli extra. Il socio è tenuto a rimborsare alla Cassa entro trenta giorni dalla richiesta l'importo della quota mutualistica di partecipazione alla spesa prevista dal regolamento a carico del socio.

ARTICOLO 11

ASSISTENZA INDIRETTA

1. L'ammissione all'assistenza indiretta è disciplinata dall'art. 5 del presente regolamento.
2. La prestazione della Cassa in assistenza indiretta consiste nel rimborso di spese sanitarie, anticipate dall'assistito presso l'istituto di cura o il Medico prescelto, riconosciuto nella stessa misura prevista dal tariffario Fasi e detratta l'intera quota mutualistica di partecipazione alla spesa prevista a carico del socio. L'eventuale eccedenza di spesa sostenuta dal socio resta a suo carico.
3. Per conseguire il rimborso, il socio è tenuto a presentare all'Ufficio della CAPAIAP - Sede di Roma, entro il termine di trenta giorni dalla dimissione dalla Casa di cura, una domanda scritta ed i seguenti documenti:
 - a) copia della cartella clinica;
 - b) fatture in originale delle prestazioni sanitarie fruite.
4. L'Ufficio può richiedere al socio documenti integrativi, medici o di spesa, se li reputa necessari per l'istruttoria della pratica.
5. La mancata produzione della domanda o dei documenti entro il termine di 30 gg. determina l'inammissibilità del rimborso.
6. Il rimborso al socio delle spese sanitarie sostenute all'estero, sarà effettuato in Italia, secondo la media del cambio ufficiale dei giorni in cui tali spese risultano effettuate.

Non sono ammesse a rimborso altre spese, come quelle di viaggio e di permanenza all'estero ed analoghe.
7. Il rimborso avviene per bonifico bancario sul conto indicato dal socio.
8. I documenti originali sono restituiti al socio al momento della liquidazione, con l'annotazione dell'avvenuto rimborso nella misura prevista dal regolamento per la detrazione fiscale.

ARTICOLO 12

ASSISTENZA NELLA MATERNITÀ

1. La spesa è assunta dalla Cassa fino al massimo di € 4.500,00 per il parto naturale omnicomprensivo senza quota mutualistica. Per il parto cesareo la spesa è assunta dalla Cassa secondo quanto regolamentato dall'art.11.2.
2. L'autorizzazione di ricovero per maternità sarà emessa esclusivamente in forma indiretta.
3. Su richiesta del socio, con presentazione di certificazione medica e decorso il settimo mese di gravidanza della puerpera, la Cassa può erogare un'anticipazione di € 1.550,00, che sarà detratta nella liquidazione finale.
4. Si esclude ogni prestazione relativa alla fecondazione assistita, infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza.

TITOLO IV

MEDICINA PREVENTIVA

ARTICOLO 13

ASSISTENZA NELLA MEDICINA PREVENTIVA

1. Il Consiglio di Amministrazione approva, di norma annualmente, il programma di medicina preventiva.
2. L'ammissione alle prestazioni di medicina preventiva è disciplinata dall'art. 5 del presente regolamento.
3. Il programma di medicina preventiva della Cassa comprende visite specialistiche, accertamenti strumentali, diagnostica per immagini, check up ed analisi di laboratorio.
Dette prestazioni potranno essere fruite esclusivamente presso gli Istituti convenzionati in forma diretta con la Cassa.
Verranno ammesse a rimborso in forma indiretta soltanto le prestazioni non conseguibili nella Rete Sanitaria Capaiap, preventivamente autorizzate, che saranno liquidate secondo i massimali del Tariffario Fasi. La documentazione in originale dovrà essere trasmessa all'Ufficio Capaiap entro trenta giorni dalla prestazione, pena l'inammissibilità del rimborso.
In ogni caso, già all'atto della richiesta di autorizzazione, la prescrizione medica deve attestare espressamente la patologia soggetta ai necessari accertamenti mirati.
La copertura per le analisi cliniche verrà rilasciata esclusivamente in forma diretta e su prescrizione del Medico di base. Il costo del ticket sarà preso in carico totalmente dalla ns. Cassa e regolato direttamente con le Strutture convenzionate. Ogni altra analisi al di fuori della convenzione SSN, potrà essere effettuata a tariffe agevolate usufruendo degli sconti concordati da Capaiap con le Strutture convenzionate, e regolate economicamente direttamente dal Socio.

4. Per le visite e gli accertamenti strumentali, usufruibili esclusivamente presso Medici/Istituti convenzionati e previa autorizzazione, il programma prevede il concorso del socio nella spesa, con pagamento di un ticket non inferiore al 50% della tariffa agevolata riservata ai soci Capaiap, direttamente all'erogatore della prestazione.
Il Consiglio può deliberare un check-up gratuito all'anno per nucleo familiare.
5. I documenti, in originale, devono essere presentati entro 30 gg. dalla data della prestazione. Oltre tale termine, l'assistito perderà il diritto al rimborso.

ARTICOLO 14

TERAPIE SENZA RICOVERO

1. I cicli di cura per chemioterapia e/o radioterapia distinti dai ricoveri prevedono un massimale annuo per nucleo familiare di € 3.100,00 senza quota mutualistica.
2. I cicli di fisiokinesiterapia (manu medica), sono fruibili con un massimo di:
 - 24 sedute per il Socio
 - 24 sedute per il nucleo familiarefino ad un massimo di 48 sedute nell'anno solare per nucleo familiare, indipendentemente dal numero di componenti, presso i centri convenzionati con la Cassa con un ticket a carico del Socio non inferiore al 50% della spesa, previa autorizzazione della Cassa. Qualora fruiti presso Istituti convenzionati con il SSN, il relativo ticket è totalmente a carico della Cassa. I cicli fruiti presso centri non convenzionati con Capaiap, sono rimborsati "a tariffa" Fasi, previa autorizzazione della Cassa.

TITOLO V

DISCIPLINA DEI RICOVERI

ARTICOLO 15

PRESTAZIONI

1. In caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia o da infortunio, l'assistenza della Cassa copre, sempre nei limiti delle convenzioni con le Case di cura e del tariffario Fasi per l'assistenza indiretta, le spese per:
 - a) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati nei sessanta giorni precedenti al ricovero;
 - b) onorari del chirurgo, dell'assistente o aiuto e del medico anestesista, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
 - c) assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
 - d) rette di degenza, fino al massimo di € 260,00 al giorno;
 - e) esami, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici rieducativi non in regime di ricovero effettuati nei sessanta giorni successivi alla cessazione del ricovero e resi necessari da malattia o infortunio che lo abbia determinato;
 - f) trasferimento dell'assistito con qualunque mezzo di trasporto in Istituto di cura, in Italia o all'estero e ritorno; trasferimento da un istituto all'altro: con lo scoperto del 10% ed il massimale di € 520,00 per ogni trasporto in Italia o all'estero.
2. Nel caso di trapianto di organi, o di parte di essi, conseguente a malattia o infortunio, l'assistenza copre il pagamento delle spese relative alle prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore.
3. Nel caso di donazione da vivente, l'assistenza copre le spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza, con i limiti stabiliti dalle norme precedenti.
4. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale reso necessario da malattia o infortunio, l'assistenza copre tutte le prestazioni specificate nelle norme precedenti, con i relativi limiti.
5. Per la determinazione dei termini temporali per le prestazioni sanitarie pre e post intervento chirurgico, si tiene conto del giorno in cui l'intervento ha avuto luogo.
6. In caso di aborto spontaneo o post-traumatico che comporta il ricovero in istituto di cura, l'assistenza copre le prestazioni specificate nelle norme precedenti coi relativi limiti.
7. In caso di decesso dell'assistito all'estero conseguente ad eventi assicurati, la Cassa rimborsa agli aventi causa le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite del 20% del massimale assicurato.

ARTICOLO 16

EMERGENZA

1. In caso di emergenza con necessità di ricovero, deve essere data comunicazione scritta all'Ufficio della Cassa, entro il termine di cinque giorni, per l'emissione dell'autorizzazione.

ARTICOLO 17

GARANZIA ASSICURATIVA E LIMITI DELL'ASSISTENZA

1. La Cassa può stipulare polizze di assicurazione con primarie Compagnie per la copertura, anche parziale, dei ricoveri, dei day hospital, dei day surgery ed eventualmente di altre prestazioni, in favore dei soci e degli assistiti del nucleo familiare di appartenenza.
2. Gli assistiti sono garantiti dalla polizza nella misura predeterminata dal tariffario della Cassa e per i giorni di degenza autorizzati.
3. I limiti inderogabili dell'assistenza sono stabiliti dal massimale, dai submassimali e dagli scoperti previsti nella polizza stipulata dalla Cassa.
4. Il diritto alle prestazioni assicurate o riassicurate si prescrive, in conformità dell'art. 2952, II comma, del codice civile, rispettivamente in un anno o due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento assicurato e nulla è dovuto dalla Cassa.

TITOLO VI

SOSPENSIONE

ARTICOLO 18

EFFETTI DELLA SOSPENSIONE

1. Il socio sospeso dalle prestazioni secondo le norme statutarie, o comunque in mora nel pagamento dei contributi o delle quote mutualistiche di partecipazione alla spesa, non può fruire delle prestazioni della Cassa.

La sospensione è estesa ai componenti del nucleo familiare del socio sospeso.

TITOLO VII

MISURE DI GARANZIA PER I SOCI

ARTICOLO 19

QUOTE MUTUALISTICHE PER ETÀ

Il Consiglio di Amministrazione stabilisce le quote di partecipazione dei soci alla spesa per ricoveri distinte per classi di età (con riferimento alla classe riportata nella scheda contributiva), tenuto conto del maggior rischio per la senescenza e dei dati accertati negli esercizi pregressi.

ARTICOLO 20

SBARRAMENTI ANAGRAFICI

In base ai dati sui ricoveri accertati nell'esercizio precedente, il Consiglio di Amministrazione può approvare una polizza assicurativa con un limite di età massimo per la relativa copertura, facendo salvi i diritti acquisiti dai soci iscritti negli anni precedenti.

ARTICOLO 21

FONDI PER ALTRI RISCHI

Il Consiglio di Amministrazione può stabilire la costituzione di fondi di garanzia, per rischi particolari e per oneri diversi da quello della senescenza.

QUADRI DI RIFERIMENTO

- La tabella seguente si riferisce all'applicazione, da parte della Cassa, delle norme regolamentari richiamate col numero dell'articolo.
- I valori riportati sono deliberati annualmente dal Consiglio di Amministrazione e pertanto possono variare.

ARTICOLO 19

QUOTE MUTUALISTICHE PER ETÀ Classe

di età % **quota**

1. Fino a 30 anni 15%
2. 31/35 anni 16%
3. 36/40 anni 16%
4. 41/45 anni 17%
5. 46/50 anni 18%
6. 51/55 anni 20%
7. 56/60 anni 22%
8. 61/65 anni 24%
9. 66/70 anni 26%
10. 71/75 anni 28%
11. oltre 75 anni 30%