

BREVE STORIA DEI FONDI SANITARI

A. FONDI SANITARI

I primi Fondi sanitari privati in Italia risalgono all'ottocento. Sono le Società di Mutuo Soccorso (SMS) costituite da artigiani e operai, organizzati per affrontare i disagi dovuti a malattie, invalidità, guerre, povertà e vecchiaia.

Durante gli stessi anni nascono gli Istituti mutuo-previdenziali, i quali, durante gli anni venti, rispetto alle SMS che mantengono il principio di volontarietà, assumono il carattere di obbligatorietà.

Il percorso di sviluppo e di ampliamento di tali enti sorpassa in modo significativo le SMS. Basti pensare che negli anni cinquanta, ad esempio, l'INAM (Istituto Nazionale Assicurazione Malattie) dava copertura a circa la metà della popolazione italiana.

In quel periodo nascono diverse Mutue sanitarie (INAM, ENPAS, INADEL ecc.), differenziate per categoria di appartenenza e per livello di copertura sanitaria garantita.

In seguito, la frammentazione del sistema e l'enorme cumulo debitorio delle Mutue, portano alla soppressione delle Mutue e all'Istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge 833/78), fondato sui principi della *universalità e della solidarietà*, finanziato dalla fiscalità generale.

Il provvedimento che stabilisce la soppressione delle Mutue non riguarda, però, le SMS, in quanto volontarie ed operanti anche in settori diversi dall'assistenza sanitaria.

Di fatti, l'introduzione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), comporta una drastica riduzione degli iscritti a schemi assicurativi privati e/o ad organizzazioni mutualistiche.

Il tema dei Fondi sanitari è ripreso nella prima versione del **d.lgs 502/92**, che all'art. 9 prevede la possibilità per le regioni di avviare, a partire dal 1995, delle **forme di assistenza differenziata** per particolari gruppi di prestazioni. *Tali forme differenziate possono essere realizzate con il coinvolgimento di soggetti singoli o in consorzio, incluse le mutue volontarie, al fine di definire contratti di erogazione di specifiche prestazioni ai cittadini che li avessero scelte in alternativa alla copertura del Ssn. L'obiettivo è il superamento del principio di universalità e solidarietà del Ssn ed avviare un percorso mirato alla creazione di sistemi di quasi - mercato per alcune branche di prestazioni sanitarie, finanziate da risorse alternative alla fiscalità generale.*

B. FONDI SANITARI INTEGRATIVI

A distanza di un anno, il **d.lgs 517/93** chiude ogni possibilità in tale direzione e modifica la norma sostituendo le **“forme di assistenza differenziata”** con **“forme integrative di assistenza sanitaria”**, specificando, con chiarezza, che si tratta di prestazioni aggiuntive a - e non sostitutive di - quelle erogate dal Ssn.

Il carattere integrativo dei fondi sanitari viene ulteriormente rafforzato e specificato dal d.lgs 229/99, art.9 (cosiddetta riforma Bindi).

L'introduzione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), inoltre, rappresenta un punto di riferimento esplicito per la definizione delle prestazioni aggiuntive che i fondi integrativi possono erogare.

L'obiettivo della norma è quello di avviare un percorso di regolamentazione della materia e di tracciare dei contorni netti tra i due campi di attività: **l'ambito operativo della sanità integrativa inizia laddove finisce il campo di operatività del Ssn.**

Non possono, quindi, rientrare nell'ambito dei fondi sanitari integrativi le prestazioni elencate nei Lea ma "solo" quelle escluse dai Lea. Ed esattamente:

- medicina non convenzionale, cure termali (per la parte a carico dell'assistito), assistenza odontoiatrica non garantita dal Ssn, ticket, oneri per l'accesso all'intramoenia, fruizione dei servizi alberghieri, prestazioni socio-sanitarie (per la parte a carico dell'assistito).

Il provvedimento indica inoltre una serie di fonti che possono istituire un fondo sanitario integrativo:

1. contrattazione collettiva, anche aziendale;
2. accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
3. regolamenti di Regioni, Enti locali ed Enti territoriali;
4. deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative che operano nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
5. deliberazioni assunte, nelle forme previste dagli ordinamenti da società di mutuo soccorso riconosciute;
6. atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare
7. strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

C. DISCIPLINA FISCALE e ISTITUZIONE DELL'ANAGRAFE DEI FONDI

Anche sul versante della disciplina fiscale, in coerenza con il percorso tracciato dal 229, intervengono nuove norme¹(Dlgs n. 41/00) che modificano le soglie di deduzione fiscale a vantaggio dei "nuovi" fondi sanitari integrativi (fondi Doc), penalizzando i fondi sanitari privati (fondi non Doc)².

La 'rigida' distinzione tra fondi Doc e fondi non Doc ha di fatto sottovalutato l'impatto fiscale che tale scelta avrebbe avuto sui fondi esistenti (quasi tutti non Doc). Ciò ha reso difficilmente applicabile la disciplina sui Fondi integrativi nella modalità prevista dalla legge.

Nel **2008**, il Ministro Livia Turco, tenta di completare la disciplina della sanità integrativa, usando una **maggiore cautela rispetto alla distinzione dei fondi in Doc e non Doc, senza però sconvolgere i contenuti dell'art. 9 del 229/99.**

¹ Tali norme modificano le disposizioni vigenti in materia fiscale contenute nel DPR 917/86 (TUIR).

² Aumento della soglia di deducibilità fino a 7 milioni di lire dei contributi versati ai fondi integrativi del Ssn; riduzione della soglia di deducibilità fino a 3,5 milioni di lire dei contributi versati ai fondi sanitari privati.

Lo strumento utilizzato è una modifica contenuta nella legge finanziaria del 2008 (art 1, comma 198 legge 244/07) che stabilisce che i contributi utilizzabili ai fini della deduzione fiscale fino ad un massimo di 3.615,00 euro sono quelli destinati ai fondi sanitari integrativi del Ssn istituiti ai sensi dell'art.9 del D.lgs 502/92 (successivamente modificato dal 229/99), **che per il beneficio fiscale fanno riferimento al Testo unico delle imposte sui redditi (DPR n.917/86). Tale norma ripristina le norme del TUIR e supera la distinzione –Doc e non Doc- dei fondi.**

Completa la disciplina un Decreto del Ministro della Salute con il quale si introduce **l'Anagrafe dei fondi sanitari** e si definiscono gli ambiti di intervento cui i fondi sanitari integrativi, le casse, gli enti o le società di mutuo soccorso devono fare riferimento perché i contributi versati dai propri assistiti possano accedere al beneficio fiscale.

Inoltre, al fine delle agevolazioni fiscali, i fondi sono tenuti a destinare una quota non inferiore al 20% alle prestazioni socio-sanitarie non comprese nei Lea, al rimborso dei ticket e alle prestazioni odontoiatriche non erogate dal Ssn.

D. IL “LIBRO BIANCO” e il “LIBRO VERDE” (Proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle Politiche Sociali – 2008/2009-)

Nello stesso anno (2008) in seguito all'accorpamento ministeriale Salute/Lavoro, **Maurizio Sacconi, Ministro del lavoro, della salute e delle Politiche Sociali**, avvia un dibattito pubblico sul sistema di Welfare in Italia e presenta il **Libro verde** e il **Libro bianco**, i cui contenuti riguardano in gran lo sviluppo ed il potenziamento dei Fondi sanitari.

Il Libro verde è volto a stimolare un dibattito pubblico circa i nuovi indirizzi da assumere per garantire la sostenibilità economica del sistema di welfare italiano.

Propone al dibattito l'opportunità di potenziare lo strumento dei fondi sanitari su base negoziale e prospetta anche la possibilità di usare i fondi integrativi per collegare l'ambito sanitario a quello sociosanitario. L'obiettivo ultimo è individuare soluzioni il più possibile condivise tra i diversi attori istituzionali, politici e sociali, raccogliendone le indicazioni nel corso di un processo di consultazione durato tre mesi. La proposta complessiva è di creare un sistema di protezione sociale «universale, selettivo e personalizzato» capace di garantire la propria sostenibilità economica nel tempo a fronte dei cambiamenti socio demografici.

Il Libro bianco è stato elaborato tenendo conto delle risposte fornite da un migliaio di istituzioni e organizzazioni alle questioni sollevate dal Libro Verde. Dapprima, si fornisce una descrizione dell'attuale scenario della società e dell'economia italiana e si propone un'analisi dei limiti e delle potenzialità dell'attuale modello sociale italiano. Seguono, quindi, i valori e la visione del nuovo modello sociale da proporre, basato sulle nozioni di responsabilità e opportunità, così come sull'identificazione dei bisogni e dei meriti nei diversi ambiti d'intervento. Il documento si conclude con la proposta di un sistema multi pilastro che consenta la diversificazione delle fonti di finanziamento del

sistema sociale. Tale impostazione consentirebbe, infatti, di mantenere una componente basata sul principio della ripartizione delle risorse ed introdurre una seconda fondata, invece, sulla «capitalizzazione reale» attraverso piani di investimento volontari. L'applicazione di questa proposta all'ambito sanitario implica la crescita di un secondo pilastro costruito su "una rivisitazione delle società di mutuo soccorso" e capace di garantire nuove forme di integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociosanitaria.

E. I FONDI SANITARI INTEGRATIVI DEL SSN nel Decreto del Ministero del Lavoro , della Salute e delle Politiche Sociali (27.10. 2009)

Il ricco dibattito sui Fondi sanitari, che si è concretizzato nei contenuti del **Libro Verde** e del **Libro Bianco**, di fatto non modifica le norme vigenti in materia, ma, anzi, le rafforza e le rilancia mantenendo lo stesso percorso tracciato dalle norme, antecedentemente ai due Documenti.

Il decreto ministeriale del 27/10/09, **vincola** i Fondi sanitari integrativi del Ssn, gli Enti, le Casse e le Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, **all'obbligo di destinare** (a partire dall'anno gestionale 2010) **una quota non inferiore al 20%** dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, **per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili.**

Rispetto al decreto del 2008 (Ministro Livia Turco - Governo Prodi) che prevedeva la stessa quota di vincolo, **le norme contenute nel Decreto del 2009** (Ministro Maurizio Sacconi – Governo Berlusconi) **definiscono più nel dettaglio le prestazioni vincolate.** Nello specifico:

- a. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
- b. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
- c. prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- d. prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie.

Il Provvedimento inoltre stabilisce che i Fondi sanitari integrativi devono iscriversi all' "Anagrafe dei Fondi" e rinnovare ogni anno la loro iscrizione, **a partire dall'anno in corso, entro il 30 aprile**. Ai fini dell'iscrizione trasmettono:

1. l'Atto costitutivo
2. il Regolamento
3. il Nomenclatore delle prestazioni garantite
4. il Bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente
5. i Modelli di adesione del singolo iscritto ed eventualmente del nucleo familiare.

I compiti dell'Anagrafe sono:

- a. censire i soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo di valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il Servizio sanitario nazionale;
- b. verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate per prestazioni ai soggetti non autosufficienti e cure odontoiatriche da parte di Enti, Casse e Società di mutuo soccorso.

F. TIPOLOGIA DEI FONDI SANITARI

Gli schemi volontari di assicurazione sanitaria privata, compresi i Fondi sanitari, possono essere classificati in tre principali categorie:

- **complementare:** il Fondo rimborsa i *copayment* richiesti dal sistema pubblico (franchigie, *ticket*, ecc.). Nell'ambito dell'assicurazione complementare possono essere fatte rientrare le indennità o diarie per i giorni di ospedalizzazione o di malattia. In tal caso, oltre a rimborsare i costi diretti di *ticket* e franchigie definiti nel sistema pubblico, l'assicurazione privata rimborsa anche i costi indiretti della malattia.
- **Supplementare:** il Fondo copre le prestazioni non garantite dal sistema sanitario pubblico (prestazioni odontoiatriche, occhiali, ecc).
- **duplicativo:** il Fondo eroga prestazioni già garantite dal sistema pubblico, ma ne rende più facile o libera la fruizione, evitando le liste di attesa o permettendo una scelta più ampia di professionisti e strutture. In pratica ha una **funzione sostitutiva** al Ssn.

La maggioranza dei fondi sanitari integrativi svolgono contemporaneamente i ruoli *complementare*, *supplementare* e *duplicativo*, con eventuali accentuazioni dell'uno o dell'altro (i fondi che beneficiano di contributi più elevati possono offrire molte prestazioni duplicative o supplementari; quelli che hanno contributi più bassi si concentrano su una funzione complementare).

Un'altra distinzione che si usa fare tra i Fondi è quella tra i cosiddetti *Fondi chiusi* e i *Fondi aperti*, dove i primi interessano categorie predeterminate di

potenziali iscritti, mentre i secondi si rivolgono a un pubblico indifferenziato e non vincolano l'iscrizione a classi specifiche di persone.

Ai Fondi *chiusi* appartengono le “Casse sanitarie aziendali” e i “Fondi sanitari negoziali”, in quanto si tratta principalmente di Fondi che traggono origine nella contrattazione collettiva nazionale o decentrata (aziendale o locale), oppure nell'autogestione di Ordini o Collegi professionali.

Nei Fondi *aperti* rientrano le “Società di mutuo soccorso”, in quanto sono rivolti a chiunque voglia iscriversi, a seconda dei regolamenti.

In realtà, il settore dei Fondi sanitari presenta una situazione molto articolata ed eterogenea tra i Fondi stessi ed è, quindi, difficile definirla e catalogarla, senza incorrere in distinzioni “parziali”.

*(a cura di Imma La Torre
Dipartimento Politiche di Riforma
delle Pubbliche Amministrazioni,
di Cittadinanza, Tutela e Promozione,
Solidarietà e Tutele Sociali)*