

## L'evoluzione della disciplina dei fondi sanitari

Chiara Costantino/ Mefop

Le forme di assistenza sanitaria privata, come noto, hanno una storia piuttosto risalente sebbene i primi tentativi di regolamentazione del settore siano relativamente recenti e non del tutto omogenei.

Già con la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, il Legislatore faceva espresso riferimento alle eterogenee realtà di assistenza privata e volontaria, riconoscendo al cittadino la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal sistema pubblico non solo attraverso il ricorso diretto al mercato sanitario, ma anche mediante la partecipazione alla mutualità volontaria (art. 46).

### **Gli interventi normativi degli anni 1992 e 1993**

Tuttavia, per avere una vera e propria norma relativa ai fondi sanitari occorre attendere il d. lgs. n. 502 del 1992 per mezzo del quale il Governo dava seguito alla legge delega n. 421 del 1992 che aveva come fine il riordino della disciplina in materia sanitaria nel suo complesso.

All'interno di tale decreto evidentemente di portata generale, l'articolo 9 - rubricato "forme differenziate di assistenza" - istituisce per la prima volta i

cosiddetti fondi sanitari integrativi.

Secondo quanto previsto dalla prima stesura della disposizione in oggetto (in particolare al comma 3), tali forme differenziate di assistenza dovevano consistere: (i) *nel concorso della spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;* (ii) *nell'affidamento a soggetti singoli o consortili - comprese le mutue volontarie - delle facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali(...).*

Il fine perseguito in questo contesto era quello di porre basi strutturate per un secondo livello di assistenza sanitaria in grado di rappresentare una significativa integrazione del sistema sanitario nazionale, tuttavia la norma - così formulata - non risultava completamente funzionale allo scopo.

Per tali ragioni il Legislatore è tornato ben presto sulla materia, intervenendo sul testo dell'articolo 9 del d.lgs. n. 502 del 1992 attraverso le modifiche introdotte dall'articolo 10 del d.lgs. n. 517 del 1993.

È quasi immediato collegare la temp-

---

stica di questo iniziale tentativo di normazione dei fondi sanitari con quella della prima disciplina organica dei fondi pensione (d. lgs. n. 124/1993). In questo periodo, sia il Sistema pensionistico obbligatorio che il Sistema sanitario nazionale cominciano a manifestare alcuni problemi di sostenibilità nel lungo periodo, viene avvertita conseguentemente – come si diceva - la necessità di costruire discipline organiche per regolare e promuovere il secondo pilastro in entrambi i settori.

Quanto appena detto è confermato anche dalla circostanza che il Legislatore ha tentato di uniformare le discipline dei due ambiti, riprendendo alcuni aspetti della normativa sui fondi pensioni e applicandoli a quella molto più embrionale dei fondi sanitari integrativi. E in particolare, il predetto intervento del 1993, con la novella dell'articolo 9 del d.lgs. n. 502 del 1992 ispirata all'articolo 3 del d.lgs. n. 124 del 1993, ha individuato le fonti dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale nei: (i) contratti ed accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori promossi dai sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro; (ii) accordi tra lavoratori autonomi e tra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale; (iii) regolamenti di enti o aziende, o enti locali, o associazioni senza scopo di lucro, o società di mutuo soccorso

giuridicamente riconosciute.

All'art. 10 del d.lgs. n. 517 del 1993 venivano altresì descritte le prestazioni che potevano essere erogate da un fondo sanitario integrativo. Tali prestazioni, definite come “aggiuntive” rispetto a quelle fornite dal Servizio sanitario nazionale, avrebbero dovuto avere ulteriore specificazione in un decreto ministeriale la cui promulgazione era prevista entro 120 giorni dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 517 del 1993. La mancata emanazione di tale decreto ha impedito che la normativa fin qui descritta trovasse applicazione.

### **La riforma Bindi del 1999**

Il Legislatore è quindi tornato sulla materia dei fondi sanitari con la riforma ter o riforma Bindi (d.lgs n. 229 del 1999 emanato in attuazione della legge delega n. 419 del 1998. Tale provvedimento – all'articolo 9, che modifica l'articolo 9 del d. lgs. n. 502 del 1992 – ha introdotto la tipologia dei fondi integrativi del Sistema sanitario nazionale cosiddetti “doc”, il cui fine è quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica e allo stesso tempo incoraggiare la copertura di servizi integrativi (prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza LEA) attraverso l'assistenza privata.

I fondi integrativi “doc” vengono pensati come complementari alla sanità pubblica, garantiscono quindi una co-

pertura su base collettiva per tutte le prestazioni non garantite dal Sistema sanitario nazionale o che sono anche solo parzialmente a carico delle famiglie. Tali fondi sono caratterizzati da tre elementi: (i) non selezione dei rischi sanitari; (ii) non discriminazione nei premi da pagare; (iii) non concorrenza con il Sistema sanitario nazionale (o meglio “concorrenza limitata” in quanto possono offrire prestazioni sostitutive purché svolte nell’ambito della libera professione intramuraria).

Di converso, venivano definiti fondi non “doc” (v. infra) in fondi – ad esempio quelli cosiddetti “preesistenti” – che non avevano l’obbligo di rispettare i vincoli appena elencati e che quindi potevano offrire anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle del sistema pubblico, ovvero ricadenti nei livelli essenziali di assistenza.

Lo scenario post riforma Bindi vede la coesistenza di due tipologie di fondi di nuova istituzione funzionalmente contrapposti (in aggiunta alla compagine di quelli già esistenti). La suddivisione trova giustificazione nella scelta del Legislatore di non impedire la nascita di fondi che non ottemperano alle previsioni di cui all’articolo 9, bensì di “tipizzare” soltanto una tipologia di fondi, indentificata – come si è detto – nei fondi “doc”.

A tal proposito, il comma 2 dell’articolo 9 del d.lgs. n. 229 del 1999 prevede che un fondo di “nuova istituzione” possa

essere definito “doc” soltanto qualora indichi espressamente nella propria denominazione la locuzione “integrativo del Sistema sanitario nazionale”. È fatto quindi divieto di utilizzare tale espressione con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse da quelle proprie dei fondi tipizzati dal decreto 229/1999.

La tipizzazione effettuata dal Legislatore del 1999 ha particolare rilievo dal punto di vista fiscale, poiché il successivo d.lgs. n. 41 del 2000 ha introdotto – per tramite della novella dell’articolo 10, comma 1, lett. b del Tuir – il beneficio della deducibilità – dal reddito complessivo – dei contributi versati ai fondi integrativi del Sistema sanitario nazionale fino al raggiungimento della soglia di 3.615,00 euro. Lo stesso decreto prevede una graduale riduzione del predetto beneficio per i fondi non adeguati all’articolo 9, e quindi “non doc”.

Come la normativa precedente anche il d.lgs. n. 229 del 1999 è rimasto inattuato per la mancata emanazione di alcuni decreti attuativi (relativi ad esempio agli aspetti gestionali de fondi) ma nonostante ciò esso rappresenta a tutt’oggi il testo normativo di riferimento del settore insieme coi successivi dm del 31 ottobre 2008 e dm del 27 ottobre 2009.

### **Il decreto Turco del 2008**

Il Legislatore è infatti tornato ad occuparsi della materia della sanità inte-

---

grativa dopo circa un decennio dall'intervento del 1999, con il comma 197 dell'unico articolo della legge finanziaria per il 2008 che ha demandato ad un decreto del Ministero della Salute il compito di determinare gli ambiti di intervento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti (o adeguati) ai sensi dell'articolo 9 del d. lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche nonché di superare la dicotomia venutasi a creare tra questi ultimi e i fondi invece non adeguati.

Tale decreto (dm del 31 marzo 2008 o anche decreto "Turco"), che rappresenta il primo provvedimento normativo che riconosce espressamente l'esistenza dei fondi diversi da quelli tipizzati all'articolo 9, consente il superamento della locuzione "fondi non doc" ora definiti come "enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale" e, al contempo, individua gli ambiti di intervento degli stessi nonché dei Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, l'articolo 1 del suddetto decreto ha esteso gli ambiti di intervento dei fondi ex articolo 9 d.lgs. n. 502 del 1992, nei limiti in cui non siano ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, anche alle: (i) prestazioni sociosanitarie; (ii) spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domi-

cilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili; (iii) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente; (iv) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Il terzo comma dello stesso articolo 1 ha poi previsto che gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale ( e che quindi non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi ex art. 9 d.lgs. n. 502/1992) comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di partecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. Tali ambiti di intervento si intendono rispettati a condizione che i medesimi enti, casse e società di mutuo soccorso attestino su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza sociosanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti tem-

poraneamente inabilitati da malattia o infortunio, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, anche se non accreditate, nella misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. Il rispetto di tali ambiti di intervento (e conseguenzialmente anche della suddetta percentuale del 20%) è stato indicato quale requisito fondamentale perché enti, casse e società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale possano accedere al beneficio fiscale previsto dall'articolo 51, comma 2, lett a) (deducibilità fiscale dal reddito da lavoro dipendente – e non anche dal reddito complessivo come succede per i fondi ex art. 9 – dei contributi versati fino alla soglia di 3615,00 euro).

Altra novità del 2008 è l'istituzione dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute in cui sono censiti tutti i fondi sanitari integrativi del Sistema sanitario nazionale nonché gli enti, casse, società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale

### **Il decreto Sacconi del 2009**

L'ultimo intervento normativo in materia di assistenza sanitaria integrativa è il dm del 27 ottobre 2009 (o anche decreto Sacconi) che modifica e integra il decreto Turco. Tale provvedimento nasce col fine di rilanciare integrativi attraverso una serie di interventi mirati

a (i) esplicitare le aree di prestazioni cui gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale devono destinare, a decorrere dall'anno gestionale 2010, il 20% delle risorse, al fine di beneficiare, dal 2012, del trattamento fiscale agevolato; (ii) definire i criteri e le modalità per il calcolo e la verifica della misura del limite percentuale delle suddette prestazioni; (iii) specificare, per l'Anagrafe relativa a fondi sanitari, enti, casse e società di mutuo soccorso assistenziale, le informazioni sintetiche che ad essa vanno comunicate, in fase di prima applicazione, al fine di valutare quantitativamente l'operatività e le principali caratteristiche gestionali dei soggetti iscritti all'Anagrafe medesima.

### **L'attuale sistema dei fondi sanitari integrativi: la dicotomia civilistica e fiscale tra fondi ex art. 9 e "Enti, Casse e società di mutuo soccorso".**

Il sistema dei Fondi sanitari è attualmente caratterizzato da una netta distinzione tra "fondi ex art. 9" e "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale", perpetuando quella stessa dicotomia che la finanziaria del 2008 si proponeva di superare. La prassi infatti ci consegna, infatti, un sistema in cui la distinzione tra le due tipologie di fondi – quelli ex art. 9 del d.lgs. n. 502 del 92 e gli enti, casse e società di mutuo

---

soccorso aventi esclusivamente attività assistenziale – si evidenzia non solo sul piano delle forme giuridiche utilizzate e delle regole applicabili ma anche sul piano delle prestazioni assicurate e degli incentivi fiscali.

Recentemente, il Ministero della Salute ha, infatti, ribadito questa distinzione dal punto di vista civilistico e fiscale e al contempo ha tracciato una netta linea di demarcazione tra questi fondi sanitari e “gli enti, case e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale, ex art. 51, comma 2, lett a) del TUIR” perpetuando di fatto un sistema dicotomico in cui le due tipologie di fondi non sono sovrapponibili e sono disciplinate in modo differente sia in termini civilistici che fiscali.

Si trova traccia di tale interpretazione anche nella recente risoluzione 3 dicembre 2014, n. 107/E, in cui l’Agenzia delle Entrate è intervenuta sul tema della deducibilità dei contributi versati a fondi sanitari, fissando la differenza tra il regime di cui all’art. 10, comma 1, lett. e-ter) Tuir e quello di cui all’art. 51, comma 2, lett. a), Tuir. In sintesi, l’Amministrazione Finanziaria, ripropone il problema definitorio già trattato, affermando che gli enti, casse e società di mutuo soccorso previste dall’art. 51, comma 2, lett. a), Tuir non sono equiparabili ai fondi sanitari integrativi previsti dall’art. 10, comma 1, lettera e-ter), Tuir, sicché non possono essere dedotti

dal reddito complessivo i contributi assistenziali versati da un lavoratore autonomo a un fondo iscritto all’Anagrafe dei Fondi, nella sezione riservata in quelli operanti ai sensi dell’art. 51 Tuir. (enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale).

Nel fornire la risposta all’interpello che le è stato inviato, l’Agenzia fa rinvio ai chiarimenti forniti dal Ministero della Salute per il quale “gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale, di cui all’articolo 51, comma 2, lett. a) del D.P.R. n. 917/1986, non possono essere equiparati ai Fondi sanitari integrativi di cui all’articolo 9 del d.lgs. n. 502/1992 e, pertanto, ad essi non può applicarsi l’art. 10, comma 1, lett. e-ter) del medesimo D.P.R. n. 917/1986”.

Ad opinione del Ministero della salute i nuovi Fondi sanitari non possono che avere natura integrativa. Il Ministero della Salute ha precisato, infatti, che “il finanziamento privatistico dell’assistenza sanitaria è stato collocato, dal legislatore, in una prospettiva di complementarietà rispetto a quello gravante sul sistema pubblico, nella convinzione che su quest’ultimo incomba comunque il dovere, di derivazione costituzionale, di garantire le prestazioni sanitarie ritenute essenziali e che, quindi, ferma restando la libertà di costituire fondi

privati per il finanziamento di prestazioni già erogate dal servizio sanitario nazionale, occorresse incentivare prevalentemente i fondi privati finalizzati ad erogare le altre prestazioni non comprese nei livelli essenziali”.

Per quanto concerne la disciplina fiscale, che si è aggiunta a quella sostanziale, l’Agenzia, portando a logica conclusione il chiarimento ministeriale e basandosi sulla lettura delle norme, evidenzia che “mentre l’art. 10, comma 1, lett. e-ter) disciplina gli oneri deducibili dal ‘reddito complessivo’, ricomprendendo, tra questi, i contributi versati ai fondi integrativi nazionali, ma non a quelli versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, l’art. 51, comma 2, lett. a), si riferisce specificamente al reddito da lavoro dipendente, prevedendo espressamente la deducibilità dei contributi versati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, ma non a quelli versati ai fondi integrativi del servizio sanitario nazionale. La differenza tra i fondi sanitari integrativi e gli enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale consiste proprio nel fatto che i primi, come detto, sono finalizzati all’erogazione di prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza, mentre i secondi possono finanziare anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale.”.

La risoluzione in esame opera dunque

netta cesura fra l’art. 10 e l’art. 51 Tuir in contrario alla opinione del superamento normativo della dicotomia tra “fondi doc” e “fondi non doc” e alla teoria che afferma un circolarità fra le due disposizioni in materia assistenziale e previdenziale, sicché l’art. 10 rappresenta la norma generale e di principio di cui l’art. 51 rappresenta solo un’attuazione nel comparto dei redditi da lavoro dipendente.