



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ufficio II – Anagrafe Fondi Sanitari

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

**REPORTING
SYSTEM**

**Anagrafe Fondi Sanitari
Fondi attestati anno 2017**

NOVEMBRE 2018

Report n. 1 – Le attività dell’Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)

Riferimento:

Dott. Andrea Urbani Direttore Generale

Direzione Generale Programmazione Sanitaria

Ufficio 2 - Anagrafe fondi sanitari

fondisanitari@sanita.it

Sommario

| | |
|---|----|
| ISTITUZIONE E FINALITA' DELL'ANAGRAFE DEI FONDI SANITARI..... | 4 |
| ATTIVITA' SVOLTA DALL'ANAGRAFE PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ISCRIZIONE | 6 |
| I DATI DELL'ANAGRAFE FONDI SANITARI..... | 8 |
| NORMATIVA DI RIFERIMENTO | 16 |

ISTITUZIONE E FINALITA' DELL'ANAGRAFE DEI FONDI SANITARI

L'istituzione dell'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale è prevista, senza oneri a carico dello Stato, dall'art. 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal d.lgs. n. 299/99.

Tale norma di rango primario ha stabilito, al comma 1 dell'art. 9 "Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale" che, al fine di favorire l'erogazione di *forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate*, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

Il comma 2 del citato articolo ha definito che la denominazione di tali fondi deve contenere l'indicazione "*fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale*" e che tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per essere destinati a finalità diverse.

Inoltre, nel comma 3, è stabilito che tutti i soggetti pubblici e privati, che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN), sono tenuti ad *adottare politiche di non selezione dei rischi*. Lo stesso comma individua le fonti istitutive dei fondi integrativi del SSN: i contratti e accordi collettivi, anche aziendali; gli accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; i regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali; le deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative che operano nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria; le deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute; gli atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Pertanto, i fondi sanitari integrativi appartengono al settore non profit.

Gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del SSN, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, sono stati regolamentati dai commi 4 e 5 del medesimo articolo, dall'art. 2, comma 2, del decreto ministeriale 31 marzo 2008 e, per le prestazioni sociosanitarie, dall'art. 3-septies del d.lgs. n. 502/92 e dall'art. 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328. Tali fondi sanitari erogano:

- Prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate (prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate, le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN, l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN e pertanto con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità).
- Prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 662/1996 (posti letto riservati alla libera professione intramuraria).

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
- Prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili per la quota di spesa non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente.
- Prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

I fondi sanitari comprendono anche gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso, come previsto dalla legge finanziaria 2008 (art. 1, comma 197, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che ha modificato gli articoli 10 e 51 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 - Testo unico delle imposte sui redditi).

Gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale sono stati regolamentati da due decreti ministeriali: DM 31 marzo 2008 (art. 2) e DM 27 ottobre 2009 (artt. 1 e 2). Gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie secondo quanto stabilito dai propri statuti e regolamenti, che possono comprendere sia prestazioni sanitarie comprese nei LEA che quelle extra LEA. Qualora gli stessi enti, casse e società di mutuo soccorso intendano iscriversi all'Anagrafe dei fondi, devono garantire che almeno il 20 per cento delle risorse complessive annuali, siano destinate all'erogazione di prestazioni extraLea integrative rispetto a quelle garantite dal SSN ("soglia delle risorse vincolate").

L'art. 2 "ambito di applicazione e definizioni", comma 2 lettera b) del DM 27 ottobre 2009, ha definito come "fondi sanitari", sia i fondi sanitari integrativi del SSN istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni, sia gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, di cui all'art. 51, comma 2 lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Il DM 31 marzo 2008 all'art. 2 ha ribadito quanto disciplinato dalla normativa ordinaria, relativamente all'istituzione dell'anagrafe (comma 1), ha stabilito quali documenti i fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale e gli enti, casse e società di mutuo soccorso, aventi esclusivamente fine assistenziale, devono comunicare annualmente all'anagrafe (comma 2) e ha previsto che le procedure e le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei fondi sanitari, nonché i termini di presentazione della documentazione da trasmettere all'anagrafe sarebbero state definite con successivo decreto ministeriale (comma 3).

Il DM 27 ottobre 2017, all'art. 4 "Finalità del trattamento e accesso ai dati", ha istituito l'anagrafe presso il Ministero della salute ai fini di: a) censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il SSN; b) verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate da parte degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del DPR n. 917/1986 e successive modificazioni. Inoltre, lo stesso articolo, ha consentito il trattamento dei dati raccolti nell'anagrafe alla Direzione generale della programmazione sanitaria e l'accessibilità all'Agenzia delle entrate.

Infine, il citato DM, all'art. 2 "Ambito di applicazione e definizioni" ha definito le procedure e le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei fondi sanitari integrativi del SSN e degli enti, casse e società di mutuo soccorso e, per questi ultimi, ha identificato i criteri e le modalità per il calcolo della quota di risorse destinate all'erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica, di

assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti (“soglia delle risorse vincolate”).

ATTIVITA' SVOLTA DALL'ANAGRAFE PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI ISCRIZIONE

L'anagrafe ha iniziato l'attività nell'anno 2010 e, attualmente, è gestita dall'Ufficio 2 della Direzione generale della programmazione sanitaria. Annualmente rilascia gli attestati di iscrizione ai soli fondi sanitari aventi diritto, fra tutti quelli che ne fanno richiesta.

L'anagrafe, dopo opportuna verifica, evade le richieste dei fondi sanitari che intendono registrarsi tramite il software SIAF, sistema informativo anagrafe fondi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS. Successivamente, verifica l'eleggibilità del fondo per essere classificato tra i soggetti di tipologia A (fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni – in passato chiamati fondi “doc”) o di tipologia B (enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni – in passato chiamati fondi “non doc”).

Successivamente, vengono vagliati i documenti che i fondi sanitari devono trasmettere telematicamente entro il 31 luglio di ciascun anno, come definito nell'art. 3 “iscrizione dei fondi sanitari all'anagrafe” del DM 27 ottobre 2009.

L'analisi dell'atto costitutivo, dello statuto e del regolamento di ogni fondo è finalizzata a verificare la coerenza rispetto a quanto previsto dalla normativa (d.lgs. n. 502/1992 e DPR n. 917/1986) e, in particolare, ad esaminare se il fondo sanitario adotta politiche di non selezione dei rischi (fondi tipologia A) o se ha esclusivamente finalità assistenziale (fondi tipologia B).

La verifica del nomenclatore delle prestazioni permette di stabilire se il fondo è di tipologia A, ovvero se eroga solo ed esclusivamente prestazioni non comprese nei LEA, oppure di tipo B ed individuare quali tipologie di prestazioni extra LEA garantiscono ai propri iscritti.

La valutazione del bilancio preventivo e consuntivo nonché la certificazione a firma del legale rappresentante, che dichiara il rispetto della soglia delle risorse vincolate (tale documento deve essere trasmesso solo dai fondi tipologia B), permettono di individuare la destinazione dei rimborsi che sono stati eseguiti nell'anno fiscale precedente e le somme che i fondi prevedono di ricevere nell'ambito del bilancio preventivo.

Nell'analisi della documentazione viene rivolta particolare attenzione a verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate, condizione specifica che i fondi di tipologia B sono tenuti a certificare a garanzia delle attività erogate ai cittadini, integrative rispetto a quelle del SSN.

La soglia delle risorse vincolate si intende rispettata a condizione che, su base annua, le risorse specificamente impegnate per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio e prestazioni di assistenza odontoiatrica, compresa la fornitura di protesi dentarie, non siano inferiori al 20% del totale delle risorse impegnate per l'erogazione complessiva delle prestazioni garantite ai propri assistiti al netto delle spese gestionali (art. 5 “criteri e modalità per il calcolo e la verifica della soglia delle risorse vincolate” DM 27 ottobre 2009).

Inoltre, viene svolto un processo di confronto tra i valori indicati nella citata certificazione a firma del legale rappresentante e quelli presenti nei documenti di bilancio e tra le prestazioni presenti nel nomenclatore (erogabili potenzialmente) e quelle erogate, con i relativi importi, al fine di verificarne la coerenza. Infine, l'accertamento della presenza dei modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare, permette di verificare la conformità con quanto riportato nel regolamento del fondo sanitario. Viene seguita una metodologia uniforme per tutti i fondi sanitari esaminati, codificata in un manuale ad uso interno dell'ufficio dell'anagrafe dei fondi sanitari.

Al termine dell'istruttoria, l'anagrafe rilascia telematicamente una specifica attestazione di avvenuta iscrizione o di rinnovo che, oltre ai dati identificativi del fondo sanitario, riporta un numero di protocollo della Direzione generale della programmazione sanitaria e la data di concessione dello stesso.

L'iscrizione all'anagrafe è volontaria e il conseguimento dell'attestato (come previsto dall'art. 5 comma 2 del DM 27 ottobre 2009), consente di beneficiare, annualmente, del trattamento fiscale agevolato ai sensi del testo unico delle imposte sui redditi (TUIR), di cui al DPR 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni.

In particolare, ai sensi dell'art. 10 comma 1 e dell'art. 51 comma 2, lettera a) lettera e-ter del citato testo unico delle imposte sui redditi (TUIR), i contributi versati dagli iscritti ai Fondi sanitari integrativi del SSN e agli altri enti e casse di assistenza sanitaria, sono deducibili fino ad un massimo di 3.615,20 euro ai fini IRPEF – imposte sui redditi delle persone fisiche.

Inoltre la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016) ha concesso al lavoratore di poter scegliere di percepire (in tutto o in parte) il proprio "premio di produzione" come prestazioni di c.d. welfare aziendale (somme e valori di cui all'art. 51 TUIR, commi 2 e 3). A seguito di tale preferenza, gli importi convertiti non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente né sono soggetti all'aliquota sostitutiva agevolata del 10%.

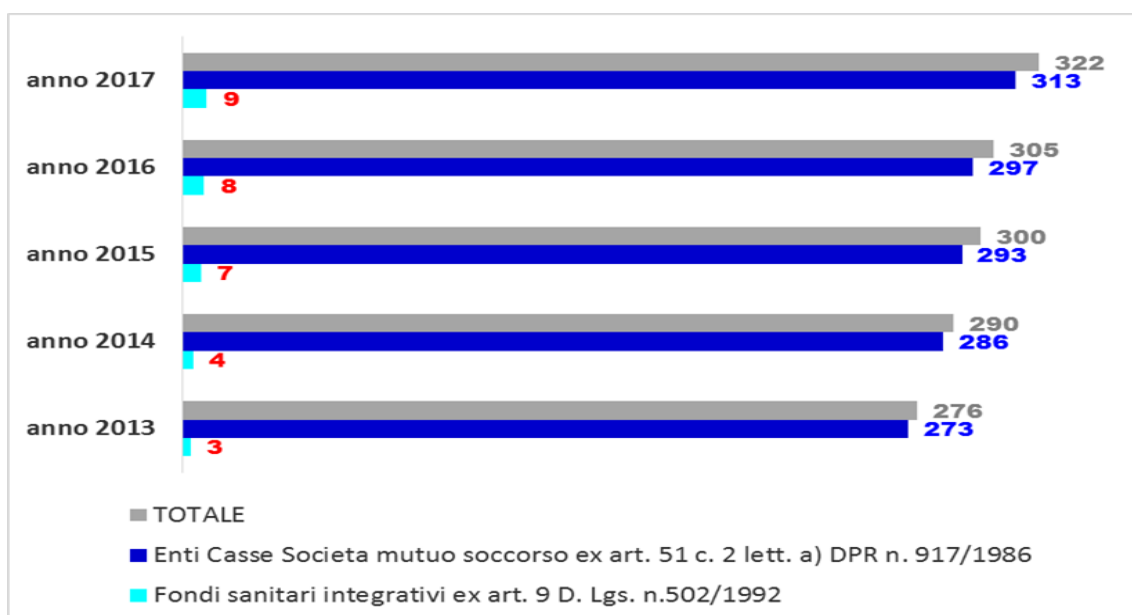
Successivamente, la Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio del 2017) oltre a riaffermare quanto stabilito dalla Legge di Stabilità 2016, ha inserito un'ulteriore modifica nell'art. 51 TUIR, comma 2, prevedendo che i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche in forma assicurativa, possano riguardare anche "il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie". Il premio di produttività convertito in welfare aziendale non comporta oneri contributivi né per il lavoratore né per il datore di lavoro, per il quale rimane deducibile ai fini dell'Imposta sul reddito delle Società.

I DATI DELL'ANAGRAFE FONDI SANITARI

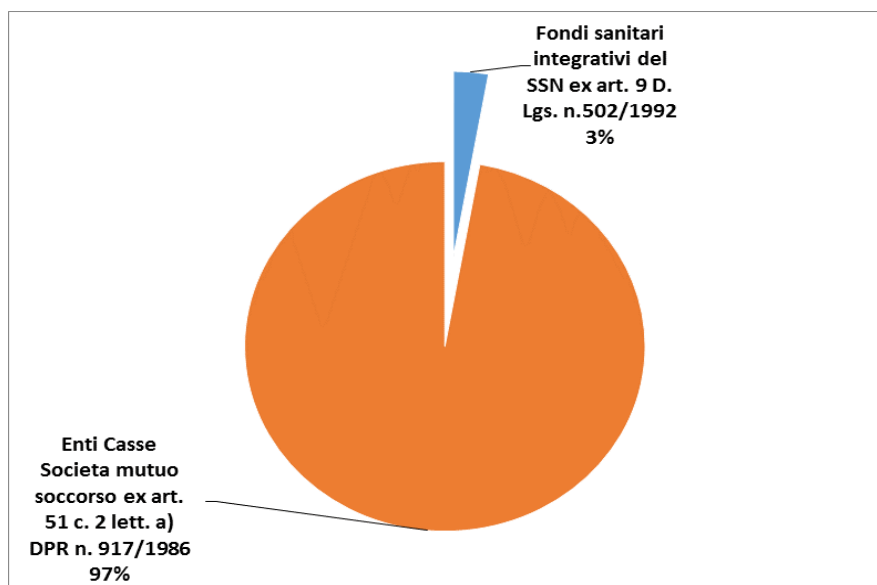
L'anagrafe dei fondi sanitari nel corso degli anni ha perseguito la finalità di attestazione dei fondi e ha monitorato le informazioni pervenute mediante i dati e i documenti trasmessi dai fondi sanitari. Dall'anno 2010 al 2017, il numero dei fondi attestati dall'anagrafe è aumentato lentamente, ma progressivamente (dai 267 fondi sanitari attestati nell'anno 2010 ai 322 nel 2017).



Il divario tra il numero dei fondi sanitari integrativi e gli enti, casse e società di mutuo soccorso, attestati nel corso degli anni, è sempre rimasto rilevante e, al lieve aumento del numero dei fondi integrativi di tipologia A (3 nel 2013, 4 nel 2014, 7 nel 2015, 8 nel 2016 e 9 nel 2017), si è avuto un più significativo e progressivo incremento del numero degli enti, casse e società di mutuo soccorso (273 nell'anno 2013, 286 nel 2014, 293 nel 2015 e 297 nel 2016 e 313 nel 2017).



Si evidenzia che, in tutti gli anni di attività dell'anagrafe, sono stati censiti prevalentemente i fondi di tipologia B (enti, casse e società di mutuo soccorso). In particolare, nell'anno 2017 i fondi di tipologia B rappresentano il 97% dei fondi attestati.



Nell'anno 2017 sono stati 9 i fondi di tipologia A che hanno rinnovato l'iscrizione ed uno solo si è iscritto per la prima volta, mentre sono stati 301 i fondi di tipologia B che hanno rinnovato l'iscrizione e 12 si sono iscritti per il primo anno. Pertanto in totale, nell'anno 2017, i fondi che hanno rinnovato l'iscrizione all'anagrafe sono stati 309 e i fondi attestati per la prima volta sono stati 13.

Anno 2017

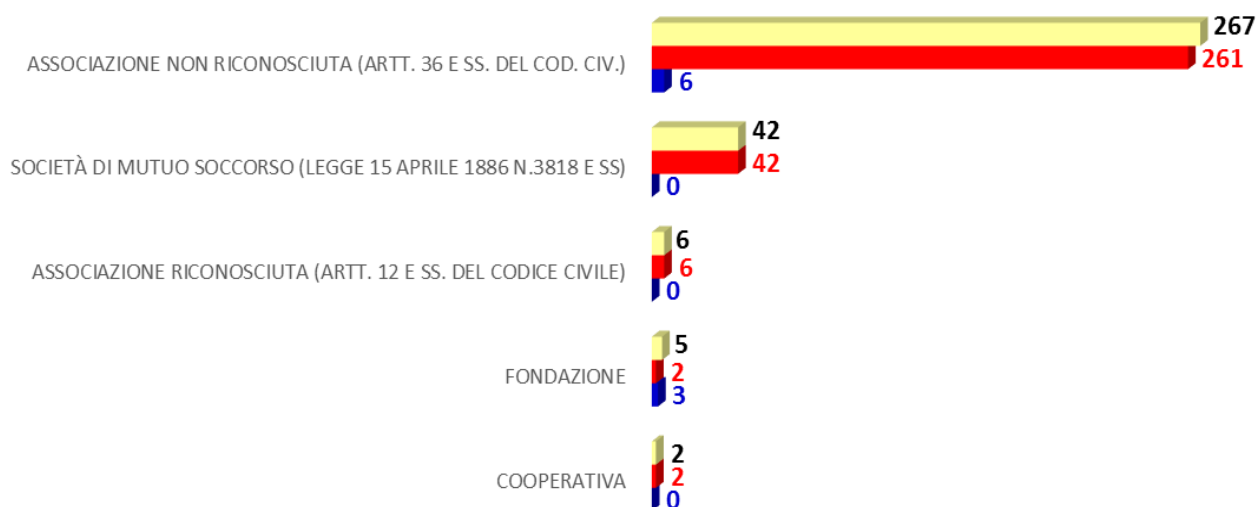
| FONDI | iscrizione rinnovata | iscrizione primo anno |
|---------------|----------------------|-----------------------|
| tipologia A | 8 | 1 |
| tipologia B | 301 | 12 |
| TOTALE | 309 | 13 |

Dei 12 nuovi iscritti dei fondi sanitari di tipologia B, 7 fondi si sono costituiti nell'anno 2016, 1 nel 2015, 2 nel 2013, 1 nel 1996 e 1 nel 1993. Pertanto, si rileva che 5 fondi sanitari, essendo l'iscrizione di tipo volontaria, si sono iscritti dopo 8 anni dall'istituzione dell'anagrafe.

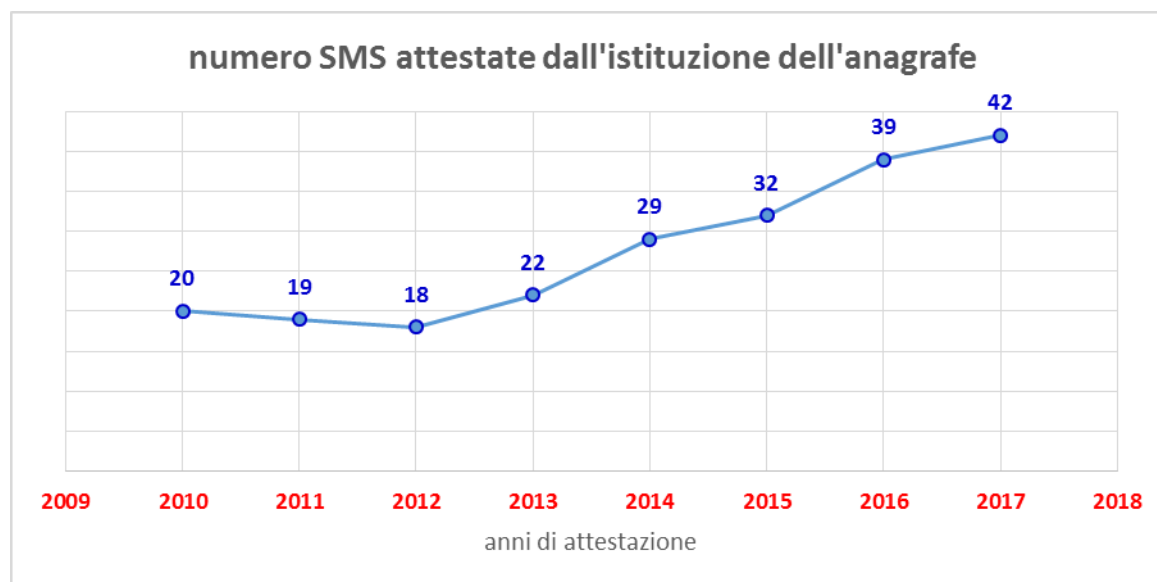
La natura giuridica dichiarata dai fondi sanitari attestati nell'anno 2017 è stata prevalentemente di associazione non riconosciuta (artt. 36 e ss. del cod. civ.), e riguarda 267 fondi sanitari su 322.

Natura giuridica dei fondi sanitari attestati nell'anno 2017

■ totale ■ tip. B ■ tip. A



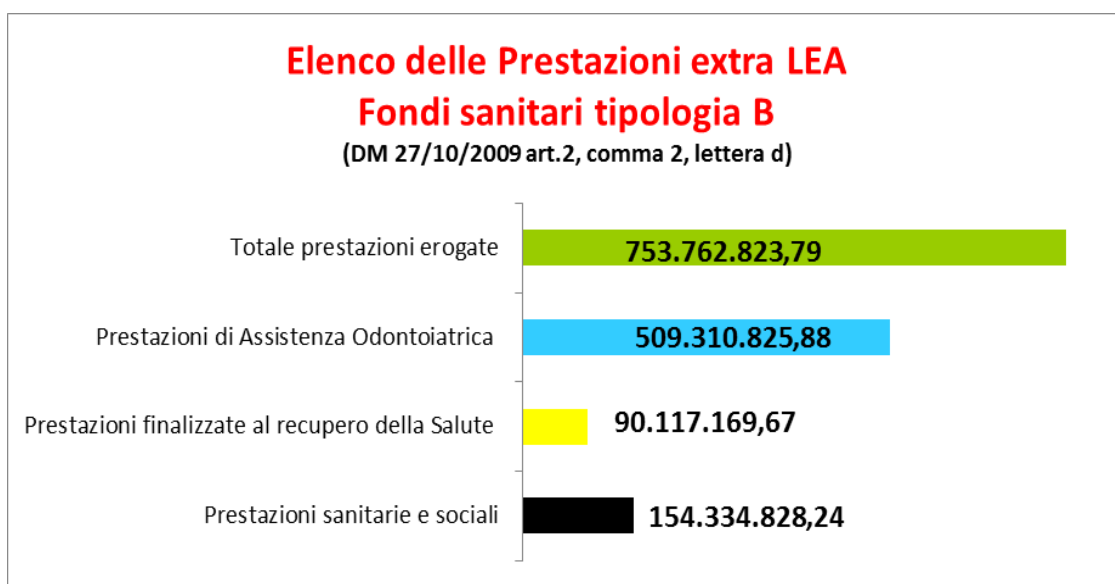
Inoltre, il numero degli attestati di iscrizione all'anagrafe rilasciati alle società di mutuo soccorso (regolamentate dalla legge 15 aprile 1886 n. 3818 e ss.) sono aumentati nel corso degli anni.



I dati trasmessi con la certificazione a firma del legale rappresentante dagli enti, casse e società di mutuo soccorso hanno evidenziato un leggero, ma costante aumento delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni e del numero degli iscritti.

| enti casse società di mutuo soccorso | anno di attestazione | anno fiscale di riferimento | totale dell'ammontare delle prestazioni sanitarie vincolate in € | totale delle risorse erogate agli iscritti per tutte le prestazioni in € | % | totale iscritti |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--|--|-----------|-------------------|
| 313 | 2017 | 2016 | 753.762.824 | 2.328.328.385 | 38 | 10.605.308 |
| 297 | 2016 | 2015 | 694.092.843 | 2.242.215.085 | 31 | 9.145.336 |
| 293 | 2015 | 2014 | 682.448.936 | 2.159.808.946 | 32 | 7.493.179 |
| 286 | 2014 | 2013 | 690.892.884 | 2.111.730.229 | 33 | 6.913.373 |

In particolare, tra le prestazioni erogate ai sensi del DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d), per un totale di 753.762.824, prevale l'assistenza odontoiatrica.



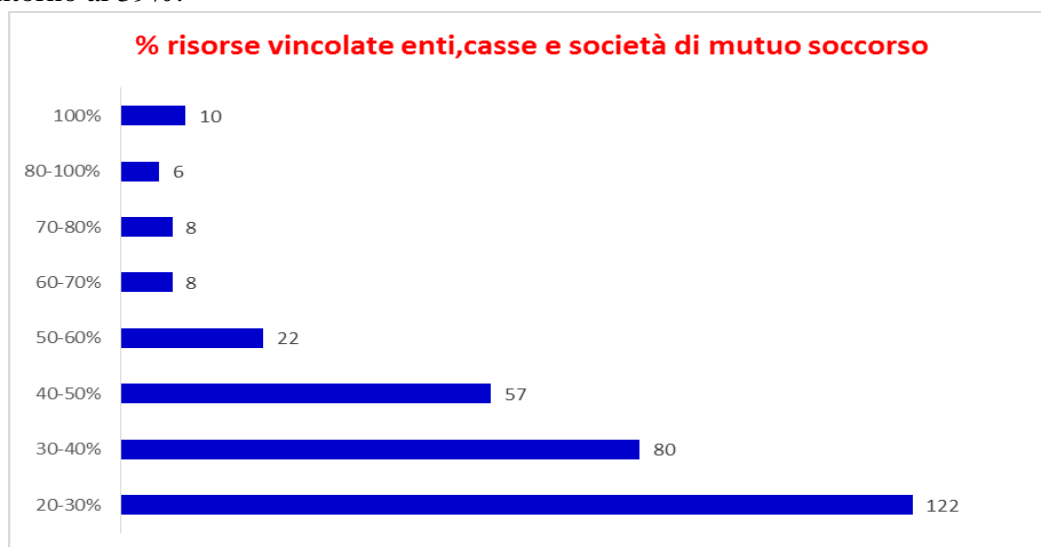
In riferimento alla diversa distribuzione delle risorse erogate dagli enti, casse società di mutuo soccorso per le quattro tipologie di prestazioni extra LEA, nell'anno fiscale 2016, si è rilevato che:

- Il 33% hanno svolto solo assistenza odontoiatrica (per un massimo di spesa di euro 3.044.667, un minimo di euro 36 e una media di euro 342.787).
- Il 19% hanno erogato prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 1.868.533 e un minimo di euro 176) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 13.235.514 e un minimo di euro 76).
- Il 18% hanno erogato tutte le prestazioni extra LEA previste dall'anagrafe: prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 6.339.500 e un minimo di euro 437),

prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di euro 14.143.183 e un minimo di euro 250), prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 7.248.207 e un minimo di euro 100) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 30.587.575 e un minimo di euro 300).

- Il 12% hanno erogato prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di euro 9.426.832 e un minimo di euro 42), prestazioni finalizzate al recupero della salute 6.754.594 e un minimo di euro 465) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 37.001.669 e un minimo di euro 591).
- Il 7% hanno speso risorse per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 3.445.142 e un minimo di euro 1.888), prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 4.619.588 e un minimo di euro 13.419) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 23.583.885 e un minimo di euro 17.669).
- Il 5% hanno erogato solo prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di 2.069.600 e per un minimo di euro 2.789) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 17.870.537 e per un minimo di euro 34.5206).
- Il 3% hanno erogato solo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 373.756 e un minimo di euro 1.319) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 794.610 e un minimo di euro 2.093).
- Il 2% hanno erogato unicamente prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 33.624.562 e un minimo di euro 180).
- Un solo fondo sanitario ha erogato prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (euro 1.040.324) e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (euro 1.040.324), un altro ha erogato prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (euro 5.234.532) e prestazioni finalizzate al recupero della salute (euro 815.462) e un altro ancora ha erogato solo prestazioni finalizzate al recupero della salute (euro 19.790).

Dall'analisi delle percentuali delle risorse vincolate (rapporto tra le risorse erogate per tutte le prestazioni e quelle erogate per solo le prestazioni extra LEA), relativa ai 313 enti, casse e società di mutuo soccorso, si è rilevato che, nell'anno fiscale 2016, il valore massimo del 100% è presente in 10 fondi sanitari, quello minimo del 20% in 4 e la media si aggira intorno al 39%.



Per i fondi sanitari integrativi del SSN, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del Decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502, pur nella limitatezza dell'utilizzo di questa tipologia, si è rilevato, dai dati trasmessi nel sistema informativo anagrafe fondi e dichiarati negli ultimi due anni, un incremento negli ultimi due anni sia delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni, sia per il numero degli iscritti.

| N° Fondi sanitari integrativi del SSN attestati | Anno di attestazione | Anno fiscale di riferimento | Totale risorse erogate agli iscritti in euro | Totale iscritti |
|---|----------------------|-----------------------------|--|-----------------|
| 9 | 2017 | 2016 | 1.305.596 | 11.097 |
| 8 | 2016 | 2015 | 1.243.485 | 9.156 |
| 7 | 2015 | 2014 | 77.051 | 645 |
| 4 | 2014 | 2013 | 51.013 | 811 |

In particolare, le prestazioni erogate ai sensi del DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d), per un totale di 1.305.596 di euro, si riferiscono quasi totalmente all'assistenza odontoiatrica.



In riferimento alla diversa distribuzione delle risorse erogate dai Fondi sanitari integrativi del SSN istituiti ai sensi del d.lgs. 502/92 per le quattro tipologie di prestazioni extra LEA, nell'anno fiscale 2016, si è rilevato che la quasi totalità delle risorse è dedicata alle prestazioni odontoiatriche.

Molto più limitato è l'utilizzo delle risorse per erogare le altre tipologie di prestazioni extralea, quali le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni finalizzate al recupero della salute.

Tanto detto, si rileva che, nell'anno 2016, le risorse destinate per l'erogazione delle prestazioni extra LEA da parte dei fondi sanitari attestati dall'anagrafe (Fondi sanitari integrativi del SSN e enti, casse e società di mutuo soccorso) è stato di euro 755.068.420, mentre la spesa per le prestazioni incluse nei Lea è stata di euro 1.574.565.562.



In riferimento al numero degli iscritti ai Fondi sanitari si rileva un incremento nel corso degli anni.

| anno | n. fondi attestati | n. totale degli iscritti |
|-------------|--------------------|--------------------------|
| 2017 | 322 | 10.616.405 |
| 2016 | 305 | 9.154.492 |
| 2015 | 300 | 7.493.824 |

In particolare, nell'anno fiscale 2016 il totale dei lavoratori (dipendenti e non dipendenti) era di 7.754.349 e il totale dei familiari dei lavoratori (che rientravano quindi come iscritti ai Fondi sanitari) era di 2.160.704, mentre il numero dei pensionati e familiari dei pensionati era di 701.352. La percentuale delle diverse categorie degli iscritti ai Fondi attestati dall'anagrafe era distribuita in:

- 63% iscritti lavoratori dipendenti.
- 18% iscritti familiari lavoratori dipendenti.

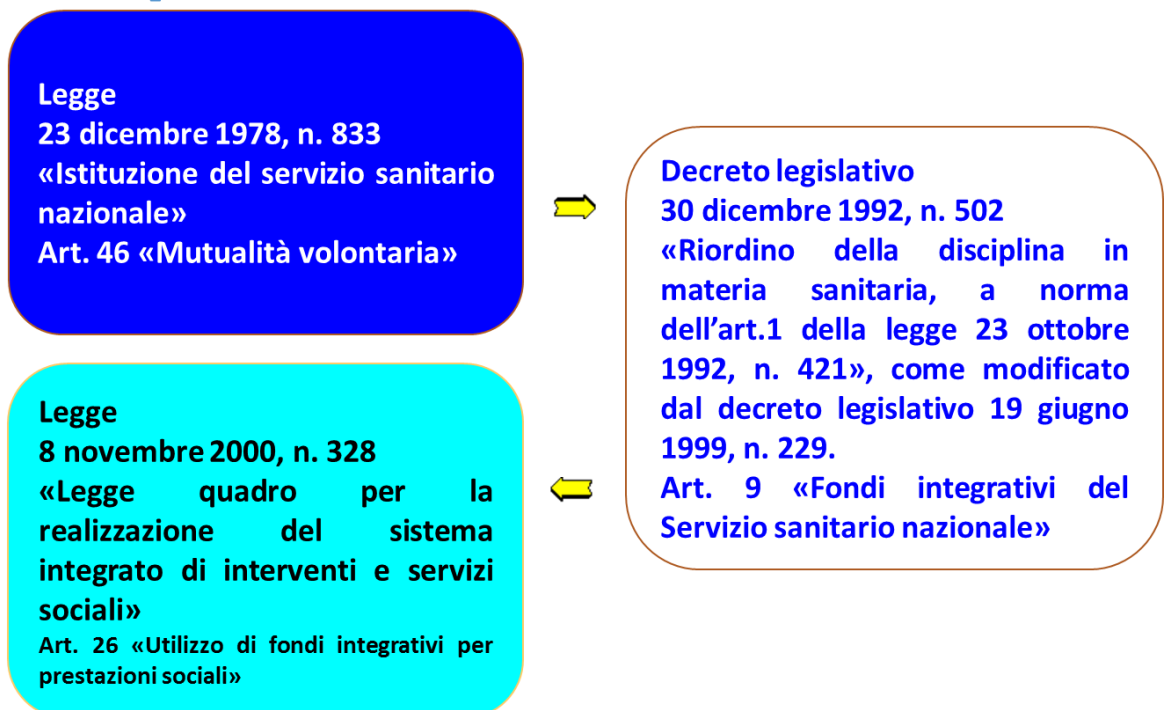
- 10% iscritti lavoratori non dipendenti.
- 5% iscritti pensionati.
- 2% iscritti familiari dei pensionati
- 2% iscritti familiari lavoratori non dipendenti.

Si evidenzia, infine, che sia il fondo sanitario che nell'anno 2016 ha avuto il maggior numero degli iscritti, rispetto a tutti i fondi attestati dall'anagrafe nell'anno 2017, sia quello che ha erogato maggiori prestazioni (lea e extraLEA) e maggiori prestazioni extraLEA, sono fondi costituiti come associazione non riconosciuta con CCNL.

PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO

- Art. 46 “Mutualità volontaria” della legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del Servizio sanitario nazionale”.
- Art. 9 “Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale” del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.
- Art. 26 “Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali” della legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- Decreto ministeriale (Ministero della salute) 31 marzo 2008 “Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali”.
- Decreto ministeriale (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali) 27 ottobre 2009 “Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale”.

Quadro normativo Fonti primarie



Quadro normativo

Fonti secondarie

Decreto Ministero della salute

31 marzo 2008

«Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali»

Decreto Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

27 ottobre 2009

«Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale»

- Normativa fiscale

- o Articolo 10 “Oneri deducibili”, comma 1, lettera *e-ter* e articolo 51 “Determinazione del reddito di lavoro dipendente”, comma 2, lettere *a)*, *f-ter*, *f-quater* del DPR n. 917 del 22 dicembre 1986 di approvazione del Testo unico delle imposte sui redditi (TUIR); articoli modificati, per gli aspetti di interesse, dalle seguenti leggi:
 - Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008);
 - Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016);
 - Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio del 2017).

Normativa di carattere fiscale

DPR n. 917 del 22 dicembre 1986

testo unico delle imposte sui redditi (TUIR)

- art.10 “Oneri deducibili”, comma 1, lettera *e-ter*
- art.51 “Determinazione del reddito di lavoro dipendente”, comma 2 lettera *a)*, *f-ter*, *f-quater*

Legge

**24 dicembre 2007, n. 244
(legge finanziaria 2008)**

Legge

**28 dicembre 2015, n. 208
(Legge di Stabilità 2016)**

Legge

**11 dicembre 2016, n. 232
(Legge di Bilancio del 2017)**