

ALLEGATO 1

Schema di decreto del Ministro della Salute in attuazione del comma 9 art. 3 del decreto del 27 ottobre 2009 e successive modificazioni.

IL MINISTRO DELLA SALUTE DECRETA

Art. 1

Anagrafe dei fondi sanitari

1. All'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituita ai sensi dell'art. 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modifiche e integrazioni, di cui all'art. 3 del decreto del 27 ottobre 2009 e successive modificazioni, si apportano le seguenti modifiche.

Art. 2

Funzionamento dell'Anagrafe

- 1. Al fine dell'efficiente ed efficace funzionamento, l'Anagrafe di cui all'art. 1 è supportata da un ufficio dirigenziale di II livello della direzione generale della programmazione.**
- 2. Tale ufficio si avvale altresì di un comitato tecnico, composto da esperti della materia, statistici, attuari, o altre figure ritenute adeguate, da nominare con apposito decreto del Ministro della salute, al fine di elaborare analisi quantitative e qualitative sull'andamento dei fondi sanitari, compilare l'albo dei fondi certificati, raccogliere ed elaborare i dati sugli ambiti di operatività dei fondi sanitari, nonché sull'andamento delle prestazioni vincolate.**

Art. 3

Osservatorio sui fondi sanitari

1. Con atto regolamentare del Ministro della salute, viene costituito l'Osservatorio sui fondi sanitari composto dai rappresentanti dei maggiori fondi e della mutualità, nonché dalle rappresentanze delle organizzazioni sociali maggiormente rappresentative e dalle maggiori associazioni dei diritti dei cittadini.

2. Avvalendosi del supporto della direzione dell'anagrafe e del suo comitato tecnico, nonché del nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute svolge compiti di:

a. Predisposizione di report relativi al funzionamento del settore della sanità integrativa negoziale, mutualità di territorio e mediata, mutualità di categoria, forme individuali di copertura assicurativa di malattia presenti sul territorio nazionale.

b. Collaborazione con l'ufficio dell'anagrafe dei fondi sanitari per predisporre per il Ministro della salute una relazione annuale sull'andamento dei fondi e sulla loro rispondenza agli ambiti di operatività previsti dal decreto del 27 ottobre 2009, e successive modificazioni, da inviare al Parlamento al fine di verificarne la meritorietà sociale anche in rapporto al sistema di deduzione fiscale dei medesimi.

c. Formulazione di suggerimenti e proposte in relazione alla normativa vigente ed alla sua eventuale modifica.

Art. 4

Iscrizione dei fondi sanitari all'Anagrafe

1. I fondi sanitari si iscrivono all'Anagrafe ovvero rinnovano la loro iscrizione entro il 31 luglio di ciascun anno.

2. I fondi sanitari, al momento dell'iscrizione all'Anagrafe, trasmettono, in via telematica, la

documentazione, stabilita all'art. 3 del decreto del 27 ottobre 2009 e successive modificazioni, nonché la seguente ulteriore documentazione:

- a) Numero degli iscritti;**
- b) numero dei familiari a carico che usufruiscono del fondo;**
- c) numero dei soggetti in quiescenza che continuano ad usufruire del fondo medesimo.**

3. Criteri e modalita' per il calcolo e la verifica della soglia delle risorse vincolate:

a) A partire dal 2017 la soglia delle risorse vincolate si intende rispettata a condizione che, su base annua, le risorse specificamente impegnate non siano inferiori al 40 per cento del totale delle risorse impegnate per l'erogazione complessiva delle prestazioni garantite ai propri assistiti, al netto delle spese gestionali, in coerenza con i dati comunicati all'Anagrafe dei fondi sanitari ai sensi dell'art. 4.

b) Il rispetto della soglia delle risorse vincolate, su base annua, a partire dall'anno gestionale 2017, costituisce condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal decreto del 27 ottobre 2009 e successive modificazioni e conseguentemente, a partire dall'anno 2017, per beneficiare, annualmente, del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Art. 5

Il presente decreto verra' inviato alla Corte dei conti per la registrazione e alla Gazzetta Ufficiale per la pubblicazione.

ALLEGATO 2

Modifiche all'articolo 9 della 229/99

Si potrebbe dopo il comma 4 dell'art 9 medesimo inserire dopo le parole "è rappresentato" le parole "fra l'altro";

- **L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato, *fra l'altro*, da:**
- **a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;**
- **b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, 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 dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;**
- **c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.**

5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a); sono comprese :

- **a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;**
- **b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;**
- **c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque 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.

ALLEGATO 3 MODIFICHE AL DECRETO 2008

Comma 2

a) “Gli ambiti di intervento dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e degli 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 comprendono: a) il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti; b) i costi di compartecipazione 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; c) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 dell'art. 9 della l. n. 502/1992. d) le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'art. 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328 in quanto 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; e) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche; f) prestazioni rivolte alla

prevenzione dei rischi oncologici, di abuso dell'alcool, del fumo e della cattiva alimentazione.

b) A partire dall'anno 2017, i fondi integrativi e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, dovranno attestare, su base annua, di aver destinato, erogato, singolarmente o congiuntamente, prestazioni coincidenti con quelle di cui alle lettere d) , e), f) erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, in base alla vigente normativa regionale, anche se non accreditate, in misura non inferiore al 30 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

ALLEGATO 4

Modifiche al Decreto del 27 ottobre 2009

Adeguamento al decreto 31 marzo 2008 e successive modificazioni, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale». (10A00199) (G.U. Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2010)

IL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

Decreta:

Art. 1

Ambito di applicazione e definizioni

1. Il presente decreto, per le finalita' di cui all'art. 10, comma 1, lettera e-ter), e dell'art. 51, comma 2, lette ra a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 e successive modificazioni, in applicazione dell'art articolo 1,

del decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008, e successive modificazioni definisce:

a) le procedure e le modalita' di funzionamento dell'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e degli enti, casse e societa' 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;

b) i criteri e le modalita' per il calcolo della quota di risorse destinate all'erogazione delle prestazioni di cui al comma 4 dell'art. 1, per la verifica che tale quota non sia inferiore al 40 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti da parte degli enti, casse e societa' 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.

2. Ai soli fini di quanto previsto dai successivi articoli del presente decreto si applicano le seguenti definizioni:

a) «Anagrafe»: l'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituita ai sensi dell'art. 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, e degli enti, casse e societa' 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;

b) «fondi sanitari»: i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonche' gli enti, casse e societa' 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;

c) «decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008 e successive modificazioni sugli 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;

d) «soglia delle risorse vincolate»: soglia della quota di risorse vincolate 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 inabilitati da malattia o infortunio, ed alla prevenzione nella misura non inferiore al 40 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, stabilita dal decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, e successive modificazioni.

e) 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;

2) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;

3) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabili' temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;

4) prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie

Art. 2

Iscrizione dei fondi sanitari all'Anagrafe

1. I fondi sanitari si iscrivono all'Anagrafe ovvero rinnovano la loro iscrizione entro il 31 luglio di ciascun anno.

2. l'iscrizione all'Anagrafe si intende perfezionata con la trasmissione telematica della documentazione di cui al comma 3, nonche' con la compilazione delle informazioni relative all'attivita' gestionale.

3. I fondi sanitari, al momento dell'iscrizione all'Anagrafe, trasmettono, in via telematica, la seguente documentazione:

a) atto costitutivo;

b) regolamento;

c) nomenclatore delle prestazioni garantite;

d) bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente;

e) schema di modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare.

f) numero degli iscritti;

g) numero dei familiari a carico che usufruiscono del fondo ;

h) numero dei soggetti in quiescenza che continuano ad usufruire del fondo medesimo

4. Ai fini del rispetto della soglia delle risorse vincolate, a partire dal 2017, gli enti, casse e societa' 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, al momento dell'iscrizione all'Anagrafe o del relativo rinnovo, trasmettono, in aggiunta alla documentazione di cui al comma 3, certificazione a firma del legale rappresentante, che indichi, per l'anno precedente, al netto delle spese generali:

a) l'ammontare delle risorse impegnate che, nella modalita' di prestazioni direttamente erogate o di rimborsi a fronte di spese sanitarie dei propri assistiti, si riferiscano a prestazioni di cui all'art. 2, comma 2, lettera d), e). f), e delle risorse impegnate che, nella modalita' di erogazione di somme anche forfettariamente stabilite, si riferiscano a prestazioni di cui all'art. 2, comma 2, lettera d),e), f) relative a soggetti il cui stato di non autosufficienza sia attestato da idonea certificazione medica;

b) l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti;

5. Dell'avvenuta iscrizione o dell'avvenuto rinnovo e' rilasciata, con modalita' telematica, specifica attestazione da parte del Ministero della salute.

6. I fondi sanitari gia' iscritti all'Anagrafe nell'anno precedente, rinnovano l'iscrizione con la conferma della documentazione invariata, con la trasmissione di quella modificata e con la compilazione delle nuove informazioni relative all'attivita' gestionale.

7. Le modalita' tecniche cui attenersi per l'accesso al sistema informativo «Anagrafe Fondi Sanitari», per la registrazione del compilatore e l'iscrizione del fondo sanitario all'anagrafe nonche' per il rinnovo dell'iscrizione, sono definite nel disciplinare tecnico allegato, che costituisce

parte integrante del decreto 27 ottobre 2009 e successive modifiche.

8. Il perfezionamento dell'iscrizione dei fondi sanitari all'Anagrafe ovvero il relativo rinnovo:

a) relativamente ai fondi sanitari integrativi, costituisce condizione per la verifica della coerenza delle prestazioni erogate con gli ambiti definiti dall'art. 1, comma 2, del decreto del

Ministro della salute 31 marzo 2008 e successive modifiche;

b) relativamente agli enti, casse e societa' 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, costituisce condizione per la verifica della coerenza delle prestazioni erogate con gli ambiti definiti dall'art. 1, del decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, e successive modifiche nonche' per la verifica della soglia delle risorse vincolate

Art. 4

Finalita' del trattamento e accesso ai dati

1. L'Anagrafe a regime e' istituita presso il Ministero della Salute come da decreto del ministro della salute del.....

2. I dati personali raccolti per le finalita' del presente decreto e indicati nel disciplinare tecnico sono trattati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione di dati personali, in conformita' ai principi di proporzionalita', necessita' e indispensabilita' nel trattamento dei dati personali.

3. La riservatezza dei dati trattati, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, viene garantita dalle procedure di sicurezza relative al software e ai servizi

telematici, in conformita' alle regole tecniche Codice dell'amministrazione digitale. di cui all'art. 71, comma 1-bis.

4. Il trattamento dei dati raccolti nell'Anagrafe per le finalita' di cui al comma 1, lettere a) e b), e' consentito alla Direzione generale della programmazione sanitaria, del ministero della salute

5. L'accesso ai dati per le finalita' di cui al comma 1, lettera b), e' altresì consentito all'Agenzia delle entrate ai fini della verifica, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, delle certificazioni rese dal legale rappresentante degli enti, casse e societa' 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, previste dall'art. 3, comma 4.

Art. 5

Criteria e modalità per il calcolo e la verifica della soglia delle risorse vincolate

1. La soglia delle risorse vincolate si intende rispettata a condizione che, su base annua, le risorse specificamente destinate alla copertura delle prestazioni di cui all'art. 2, comma 2, lettera d),e), f), non siano inferiori al 40 per cento del totale delle risorse destinate alla copertura del complesso delle prestazioni garantite ai propri assistiti al netto delle spese gestionali, in coerenza con i dati comunicati all'Anagrafe dei fondi sanitari ai sensi dell'art. 3, comma 5.

2. Il rispetto della soglia delle risorse vincolate, su base annua a partire dall'anno gestionale 2017 costituisce condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal Ministro della salute e

conseguentemente, a partire dall'anno 2017, per beneficiare, annualmente, del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

3. Ai fini della verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate di cui al comma 1, possono essere considerati anche gli accantonamenti eventualmente costituiti ai sensi dell'art. 5, comma 3 del Regolamento sui fondi a condizione che gli stessi siano specificatamente ed esclusivamente volti al finanziamento delle prestazioni di cui all'art. 2, comma 2, lettera d) e f)

4. Per i fondi costituiti successivamente all.1.1.2015, la verifica di cui al comma 1 della soglia delle risorse vincolate, per i primi due anni di vita del fondo è condotta sulla base delle valutazioni contenute nel bilancio di previsione.

Art. 6

Il presente decreto verra' inviato alla Corte dei conti per la registrazione e alla Gazzetta Ufficiale per la pubblicazione.

ALLEGATO 5

Schema di decreto del Ministro della Salute Sulle modalità di affidamento in gestione

dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale

(art. 9, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DECRETA

Art.1

(Convenzioni)

I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale possono affidare, mediante convenzione, la gestione dei fondi medesimi ogni qualvolta ragioni di convenienza tecnico economica lo motivino. Gli organi di amministrazione statutariamente competenti indicano negli atti deliberativi relativi all'affidamento in gestione:

- 1. principi generali che le convenzioni di stipula debbono prevedere.**
- 2. I principi generali delle convenzioni devono prevedere:**
 - a. gli obiettivi e le linee di indirizzo dell'attività dei soggetti convenzionati, in conformità alle normative che disciplinano l'attività del fondo;**
 - b. gli obblighi dei soggetti convenzionati e, in particolare, quello della rendicontazione periodica sull'andamento della gestione e sulle prestazioni erogate;**
 - c. la tutela del diritto alle prestazioni degli iscritti ed eventualmente dei loro familiari nelle forme e modalità previste dalle norme che disciplinano l'attività del fondo;**
 - d. le modalità di garanzia a tutela del buon andamento della gestione del fondo;**
 - e. i termini e le modalità attraverso cui il fondo esercita la facoltà di recesso unitamente ai criteri per la conseguente regolazione dei rapporti.**

Art. 2

(Selezione dei gestori)

- 1. Per la stipula delle convenzioni, gli organi di amministrazione statutariamente competenti richiedono offerte contrattuali attraverso la forma della pubblicità-notizia sul proprio sito internet e su almeno due quotidiani a maggiore diffusione nazionale o internazionale a soggetti aventi i requisiti stabiliti dall'art. 9, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, che non appartengono ad identici gruppi societari e comunque non siano legati, direttamente o indirettamente, da rapporti di controllo. Le offerte individuali rivolte ai fondi sono formulate in maniera da consentire il raffronto dell'insieme delle condizioni contrattuali, con riferimento alle diverse tipologie di servizio offerte.**
- 2. Il processo di selezione dei gestori deve essere condotto in modo da garantire la trasparenza del procedimento e la coerenza tra obiettivi e modalità gestionali, decisi preventivamente dagli organi di amministrazione statutariamente competenti, e i criteri di scelta dei gestori.**
- 3. Le convenzioni stipulate e gli atti relativi alla determinazione di procedere all'affidamento dei fondi in gestione e alla selezione dei gestori devono essere trasmesse all'ufficio che esercita la vigilanza sui fondi.**

Art. 3

(Fondi di regioni e degli enti locali)

- 1. I fondi istituiti dagli enti territoriali e dagli enti locali con proprie norme, ai sensi dell'art. 9, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, possono essere affidati in gestione mediante**

convenzione con le modalità previste dagli articoli 1 e 2, previa deliberazione dei competenti organi.

- 2. I fondi istituiti dalle regioni e dalle province autonome, in relazione ai poteri di vigilanza alle stesse spettanti in materia, possono essere affidati in gestione mediante convenzione ai sensi del comma 1.**

Art. 4

(Convenzioni con imprese di assicurazioni)

- 1. I fondi possono garantire in via predeterminata le prestazioni dovute agli iscritti mediante convenzioni stipulate con imprese di assicurazione a ciò autorizzate dall'IVASS.**
- 2. Ai fini della stipula delle convenzioni si applicano i criteri di selezione delle imprese di cui all'articolo 2.**
- 3. Le convenzioni sono stipulate sulla base di apposito schema contenente norme di garanzia coerenti con la disciplina generale dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, approvato dal Ministro della salute, sentito il parere dell'IVASS.**

Schema di regolamento per la disciplina dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale

(art. 9, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni)

Il Presidente del Consiglio emana il seguente regolamento

Art.1

Ambito di applicazione e definizioni

- 1. Il presente regolamento disciplina i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominati "fondi")**

ai sensi dell'art. 1, comma 197 della l. 24 dicembre 2007 n. 244 e dell' art. 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modifiche e integrazioni.

2. Ai fini del presente decreto s'intendono per:

- a. “fondi sanitari”:** i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni;
- b. “Anagrafe”:** l'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale, istituita dall'art. 2 del decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e successive modificazioni, ai sensi dell'art. 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modifiche e integrazioni;
- c. “d. m. 31 marzo 2008”:** decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008 e successive modificazioni sugli 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;
- d. “d. m. 27 ottobre 2009”** il decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2009, e successive modificazioni che definisce i criteri e le modalità per il calcolo del limite percentuale stabilito dall'art. 1, comma 3, del d. m. 31 ottobre 2008;
- e. “soglia delle prestazioni vincolate”:** soglia della quota di risorse per l'erogazione di prestazioni di assistenza

odontoiatrica e di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti o temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, o rivolti alla prevenzione nella misura non inferiore al 40 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, stabilita dal decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008 e successive modificazioni.

Art. 2

Istituzione dei fondi sanitari integrativi

1. I fondi sanitari integrativi possono essere istituiti da:

- a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;**
- b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;**
- c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;**
- d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;**
- e) gli enti di diritto privato di cui ai decreti legislativi 30 giugno 1994, n. 509, e 10 febbraio 1996, n. 103, con l'obbligo della gestione separata, sia direttamente sia secondo le disposizioni di cui alla lettera b);**
- f) deliberazioni assunte nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti da società di mutuo soccorso riconosciute;**
- g) imprese di assicurazione autorizzate dall'IVASS.**

Art. 3

Modalità di costituzione

3. I fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale possono essere costituiti nelle seguenti forme:

- a) come soggetti dotati di personalità giuridica; in tal caso, in deroga alle disposizioni del DPR 10 febbraio 2000, n. 361, il procedimento per il riconoscimento rientra nelle competenze del Ministro della salute, ai sensi dell'art. 2, comma 1, della legge 12 gennaio 1991, n. 13;**
- b) come associazioni non riconosciute ai sensi dell'art. 36 del codice civile;**
- c) come fondi speciali di cui all'art. 2117 del codice civile, nell'ambito del patrimonio dell'imprenditore; le relative risorse finanziarie formano oggetto di contabilità separata e gestione autonoma, non possono essere distratte dal fine al quale sono state destinate e non possono formare oggetto di esecuzione da parte dei creditori dell'imprenditore o del lavoratore**
- d) come società di mutuo soccorso ai sensi della legge 15 aprile 1886, 3818, nonché ai sensi dell'articolo 23 del d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 221 del 17 dicembre 2012.**

2. Gli statuti e i regolamenti dei fondi, disciplinano:

- a) i soggetti che istituiscono il fondo;**
- b) la denominazione del fondo che deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale";**
- c) la durata del fondo;**
- d) la forma giuridica di costituzione del fondo;**
- e) i destinatari dell'assistenza;**
- f) l'ambito di svolgimento dell'attività del fondo;**
- g) le forme e le modalità di contribuzione;**

- h) l'assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti;**
- i) le modalità di gestione delle prestazioni;**
- j) le cause e le modalità di estinzione del fondo;**
- k) le modalità di utilizzo degli avanzi di gestione;**
- l) nel caso di prestazioni la cui garanzia renda necessaria la costituzione di specifici accantonamenti, i criteri generali della loro determinazione e copertura finanziaria;**
- m) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;**
- n) la procedura per la modifica dello statuto e del regolamento.**

3. Gli statuti e i regolamenti dei fondi devono essere corredati dal nomenclatore delle prestazioni nel quale sono chiaramente indicate le prestazioni garantite dal fondo al singolo sottoscrittore e al nucleo familiare eventualmente assistito, nonché le modalità di accesso alle prestazioni stesse, con evidenza della presenza di carenze, franchigie e massimali.

4. I fondi sanitari integrativi istituiti ai sensi del comma 1, lett. da a) a c) possono essere altresì attuati tramite:

- contratti di assicurazione sulla vita stipulati con imprese di assicurazione autorizzate dall'Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ad operare nel territorio dello Stato o quivi operanti in regime di stabilimento o di prestazioni di servizi;**
- convenzione con Società di mutuo soccorso;**
- convenzione con Fondi sanitari.**

- 5. I contratti di assicurazione e le convenzioni di cui al comma 4 sono corredati da un regolamento recante disposizioni circa le modalità di partecipazione, la trasparenza dei costi e delle condizioni contrattuali, le modalità di comunicazione agli iscritti, nonché le medesime informazioni circa le prestazioni che devono essere contenute nel nomenclatore di cui al comma 3.**

Art. 4

Soggetti destinatari dell'assistenza

- 1. Le fonti istitutive delle fondi sanitari stabiliscono le modalità di partecipazione.**
- 2. Sono destinatari dell'assistenza, in forma collettiva o individuale, i soggetti indicati dalle fonti istitutive dei fondi sanitari, ed eventualmente i componenti dei rispettivi nuclei familiari ai sensi dei rispettivi statuti e regolamenti, provvedendo al versamento delle quote di contribuzione stabilite.**

Art. 5

Finanziamento dei fondi sanitari

- 1. Il finanziamento dei fondi sanitari può essere attuato mediante il versamento di contributi a carico del lavoratore e/o del datore di lavoro. Nel caso di lavoratori autonomi e di liberi professionisti il finanziamento dei fondi sanitari è attuato mediante contribuzioni a carico dei soggetti stessi. Nel caso di soggetti diversi dai titolari di reddito di lavoro o d'impresa e di soggetti fiscalmente a carico di altri, il finanziamento alle citate forme è attuato dagli stessi o dai soggetti nei confronti dei quali sono a carico.**
- 2. Le forme e le modalità di contribuzione sono disciplinate dalle fonti istitutive, dagli statuti e dai regolamenti secondo quanto indicato nell'articolo 2.**

- 3. Le quote di contribuzione a carico dei soggetti iscritti e, eventualmente, dei loro familiari nonché dei datori di lavoro sono rideterminate periodicamente nella misura necessaria ad assicurare l'equilibrio economico della gestione. Se il fondo sanitario assume direttamente il rischio relativo alle prestazioni garantite nel nomenclatore, è consentita la previsioni di accantonamenti dedicati, in particolare, a far fronte ad andamenti particolarmente sfavorevoli della sinistrosità.**
- 4. Deve essere altresì determinato un periodo minimo entro il quale, in caso di ritardo nel pagamento dei contributi, deve essere comunque garantita l'erogazione delle prestazioni, salvo il diritto di percepire le quote di contribuzione stabilite.**

Art. 6

Regime delle prestazioni e modelli gestionali

1. I fondi possono gestire le prestazioni:

- in forma diretta, avvalendosi di convenzioni stipulate con il comune e generale sistema costituito dagli esercenti le professioni sanitarie e dalle strutture pubbliche e private autorizzate dal Servizio sanitario nazionale;**
- in forma indiretta sulla base di appositi tariffari.**

Indipendentemente dalla modalità di gestione, non possono essere comunque poste in essere misure di esclusione o discriminazione dei soggetti assistiti in ragione del loro stato di salute o della loro età. Eventuali esclusioni di particolari tipologie di prestazioni devono avere carattere di generalità e formare oggetto di esplicita comunicazione all'atto dell'iscrizione ovvero entro 90 giorni dalla delibera dell'organo di amministrazione del fondo e in ogni caso al momento del rinnovo dell'adesione.

Art. 7

Trattamento e garanzie riservate agli iscritti e ai rispettivi nuclei familiari

1. È fatto obbligo ai fondi:

- a) al momento dell'adesione di consegnare all'iscritto lo statuto, il regolamento e il nomenclatore di cui all'art. 3, comma 3, nonché informazioni chiare e complete circa l'importo e le modalità di versamento dei contributi. L'adesione può avvenire esclusivamente a seguito della sottoscrizione di apposito Modulo di adesione, compilato in ogni sua parte;**
- b) nel corso dello svolgimento del rapporto, di comunicare tempestivamente agli iscritti e comunque non oltre i 30 giorni dal loro perfezionamento, ogni modifica relativa alla documentazione di cui alla lett. a);**
- c) di stabilire procedimenti improntati alla semplicità e alla celerità in materia di iscrizione al fondo, se l'iscrizione non è automatica, di erogazione delle prestazioni e di recesso dal fondo.**

2. I fondi dovranno prevedere la possibilità di revisione, da parte dell'organo di amministrazione, delle decisioni di diniego delle prestazioni, ovvero di diniego dell'iscrizione, su ricorso motivato del soggetto interessato.

3. I fondi dovranno prevedere, altresì, la nomina del collegio dei probiviri, composto da persone estranee ed indipendenti, per la composizione delle controversie promosse dagli iscritti o loro familiari.

4. Ove sia statutariamente previsto il diritto di voto in una sede assembleare, il relativo esercizio può essere delegato dai soggetti destinatari dell'assistenza anche a componenti del proprio nucleo familiare

Art. 8

Permanenza nel fondo sanitario integrativo

- 1. In caso di uscita dal fondo in ragione dell'intervenuto pensionamento, gli statuti e i regolamenti dei fondi sanitari integrativi possono prevedere la possibilità per l'aderente di proseguire volontariamente la contribuzione al fondo, sulla base di un tariffario appositamente predisposto.**

Art. 9

Organi di amministrazione e di controllo: composizione

- 4. Si applica, in materia di composizione degli organi dei fondi, la disciplina prevista dal codice civile per le singole fattispecie di cui all'art. 3, comma 1. Deve essere istituito, in ogni caso, un organo di controllo interno.**
- 5. Per i fondi costituiti sulla base dei contratti e degli accordi collettivi di cui all'art. 3, c. 1, lett. a) deve essere previsto che gli organi di amministrazione e controllo siano composti secondo un criterio di partecipazione paritetica dei rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. Tale criterio di pariteticità si applica anche nel caso che il fondo sia finanziato da contribuzione a carico del solo datore di lavoro. Qualora il finanziamento sia a carico dei soli lavoratori, gli organi sono composti esclusivamente dai loro rappresentanti, nel rispetto del criterio rappresentativo di partecipazione delle categorie e raggruppamenti interessati. I componenti dei primi organi collegiali sono nominati in sede di atto costitutivo. Per la successiva individuazione dei rappresentanti dei lavoratori è previsto il metodo elettivo secondo modalità e criteri definiti dalle fonti istitutive.**
- 6. Nell'ipotesi di fondo costituito nella forma indicata dall'art. 3, comma 1, lett. d) deve essere previsto un organismo di sorveglianza, a composizione paritetica, secondo i criteri di cui al comma 2.**

Art. 10

Organi di amministrazione e di controllo: requisiti

- 1. Le cariche di componente dell'organo di amministrazione o di controllo, non possono essere ricoperte da coloro che:**
 - a) si trovano in una delle condizioni di ineleggibilità o decadenza previste dall'articolo 23822 del codice civile e, per quanto concerne gli organi di controllo, si trovano in una delle condizioni di ineleggibilità o decadenza previste dall'articolo 23993 del codice civile;**
 - b) sono stati sottoposti a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria ai sensi della legge 27 dicembre 1956, n. 14234, o della legge 31 maggio 1965, n. 5755 , e successive modificazioni ed integrazioni, salvi gli effetti della riabilitazione;**
 - c) sono stati condannati con sentenza di primo grado o irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione:**
 - 1) a pena detentiva per uno dei reati previsti dalle norme che disciplinano l'attività di previdenza complementare, bancaria, finanziaria, mobiliare e assicurativa, dalle norme in materia di mercati e strumenti finanziari e di strumenti di pagamento, ovvero per i reati di riciclaggio e di usura;**
 - 2) a pena detentiva per uno dei reati previsti nel titolo XI del libro V del codice civile e nel regio decreto del 16 marzo 1942, n. 2677;**
 - 3) alla reclusione per un tempo non inferiore a un anno per un delitto contro la pubblica amministrazione, la fede pubblica, il patrimonio, l'ordine pubblico, l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria o previdenziale;**

4) alla reclusione per un tempo non inferiore a due anni per un qualunque delitto non colposo.

2. Le cariche di cui al comma 1 non possono essere ricoperte da coloro ai quali sia stata applicata in via definitiva su richiesta delle parti una delle pene previste dal comma 1, lettera c), salvo il caso dell'estinzione del reato.

3. Le cariche di legale rappresentante, di componente dell'organo di amministrazione o di controllo, non possono inoltre essere ricoperte da coloro che, per almeno i due esercizi precedenti l'adozione dei relativi provvedimenti:

a) hanno svolto attività di amministrazione, direzione o controllo in fondi sanitari integrativi, fondi pensione o imprese operanti nel settore sanitario, bancario, finanziario, mobiliare o assicurativo sottoposte a procedure di amministrazione straordinaria o di liquidazione coatta amministrativa;

b) hanno svolto attività di amministrazione, direzione o controllo in altre imprese sottoposte a fallimento o a procedure equiparate;

c) hanno svolto funzioni presso imprese destinatarie, in relazione a reati da loro commessi, delle sanzioni interdittive di cui all'articolo 9, comma 2, lettere a) e b), del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 2311;

7. Costituiscono cause di sospensione dalle componenti dell'organo di amministrazione o di controllo:

a) la condanna con sentenza non definitiva per uno dei reati di cui al comma 1, lettera c);

b) l'applicazione su richiesta delle parti di una delle pene di cui al comma 2, con sentenza non definitiva;

c) l'applicazione provvisoria di una delle misure previste dall'articolo 10, comma 3, della legge 31 maggio 1965,

n. 575, come sostituito dall'articolo 3 della legge 19 marzo 1990, n. 55, e successive modificazioni e integrazioni;

d) l'applicazione di una misura cautelare di tipo personale.

8. I requisiti di professionalità dei componenti dell'organo di amministrazione o di controllo sono stabiliti dalle fonti istitutive.

9. La sussistenza dei requisiti e l'assenza delle situazioni impeditive di cui ai commi 1,2 e 3, nonché la sospensione di cui al comma 4, è accertata dall'organo di amministrazione del fondo sanitario, ovvero, nel caso di fondo attuato mediante la costituzione di apposito patrimonio di destinazione ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lett. d) dall'organo di amministrazione dell'ente o società nel cui ambito è costituito il patrimonio di destinazione.

10. La verifica dei requisiti e delle situazioni di cui sopra deve essere effettuata anche in caso di rinnovo delle cariche.

11. Il difetto dei requisiti o la sussistenza delle situazioni impeditive di cui al presente regolamento determina la decadenza dalla carica.

Con decreto del Ministero della Salute sono emanate istruzioni in ordine alla documentazione idonea a consentire l'accertamento circa la sussistenza dei requisiti e l'insussistenza delle situazioni impeditive.

Art. 11

Vigilanza dei fondi sanitari integrativi

1. La vigilanza sui fondi ha lo scopo di assicurare la trasparenza, la correttezza dei comportamenti, nonché la sana e prudente gestione, a tutela degli iscritti e del buon

funzionamento del sistema di assistenza sanitaria integrativa. Essa è diretta ad accertare, altresì, il corretto uso della denominazione di “fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale”, le modalità di svolgimento dell’attività dei fondi, la riconducibilità della stessa all’ambito di attività definito dalla legge e degli atti regolamentari, il rispetto delle regole relative alla gestione e dell’obbligo di non adottare politiche discriminatorie e di selezione dei rischi.

2. La competenza ad esercitare la vigilanza sui fondi sanitari integrativi è attribuita al Ministero della Salute, Direzione Generale della programmazione sanitaria, nell’ambito della quale è istituita l’Anagrafe dei fondi sanitari, oppure può essere delegata alla COVIP istituita con [Decreto legislativo](#) 21 aprile 1993, n. 124, - come persona giuridica di diritto pubblico e disciplinata successivamente con D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252, art. 18.