

## Da "Il Sole 24 Ore" 6

### Fondi Sanitari

Il Governo rilancia la sanità integrativa

Il provvedimento, in attesa della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, è stato firmato dal ministro della Salute, Livia Turco, nei giorni scorsi, in attuazione della Finanziaria 2008 (legge 244, articolo 1, comma 198), per indicare gli «ambiti di intervento dei Fondi integrativi del Ssn».

Si tratta di un passo in avanti relevantissimo per i destini e le strategie del Ssn, che incoraggia e chiama a fare in pieno la loro parte Casse, Fondi e società di mutuo soccorso (Sms) no profit. Sia quelli esistenti che quelli che da questo impulso nasceranno. Con due obiettivi aggiuntivi: garantire la copertura di non autosufficienza e prestazioni odontoiatriche oggi non assicurate dai Lea (livelli essenziali di assistenza).

---

Tutela della salute, Firmato dal ministro Turco il decreto che attua la Finanziaria e apre la strada agli sconti fiscali

### **Fondi sanitari, prove di rilancio - Gli «enti doc» dovranno coprire anche non autosufficienza e odontoiatria**

**IL REGIME TRANSITORIO** - Le strutture avranno due anni per adeguare la propria offerta di servizi La vigilanza sarà affidata a un'«Anagrafe»

**LA PLATEA** - Tra lavoratori, coniugi o conviventi) e familiari a cd potrebbero bene e del riassetto 15 milioni di persone .

**Roberto Turno** - ROMA

Il Governo rilancia i Fondi sanitari integrativi e, come per la previdenza, schiude le porte a una possibile e piena scesa in campo del "terzo pilastro" dell'assistenza sanitaria. Il ministro della Salute, Livia Turco, ha firmato nei giorni scorsi il decreto che, in attuazione della Finanziaria 2008 (legge 244, articolo 1, comma 198), indica finalmente gli «ambiti di intervento dei Fondi integrativi del Ssn». Un passo in avanti di peso relevantissimo per i destini e le strategie del Ssn, che incoraggia e chiama a fare in pieno la loro parte Casse, Fondi e società di mutuo soccorso (Sms) no profit esistenti e che da questo impulso nasceranno. Con due obiettivi aggiuntivi: garantire la copertura di non autosufficienza e prestazioni odontoiatriche non assicurate dai Lea (livelli essenziali di assistenza). Di più: entro il 2010 per le realtà integrative confini «esclusiva: mente assistenziali» già in vita, non autosufficienza e cure dei denti fuori dai Lea dovranno valere, singolarmente o congiuntamente, almeno il 20% dell'intero portafoglio delle risorse per la copertura ai propri iscritti e associati. Intervenire su un mercato, quello della spesa privata, che vale 25 miliardi è che è tutto a carico dei cittadini. Garantire coperture sempre maggiori, oltre i Lea pagati dal Ssn, a una platea sempre più ampia il gruppo di lavoro della Salute coordinato da Grazia Labate calcola che i soli Fondi negoziali vantano

oggi una massa reale di ,6 milioni di iscritti, cui se ne devono aggiungere altri milioni interessati da recenti rinnovi contrattuali (dai metalmeccanici agli alimentaristi, dal commercio ai servizi) che faranno ricorso ad accordi per l'assistenza sanitaria integrativa. Una platea, insomma, che sommando coniugi (e conviventi, quando previsti) e familiari a carico, potrebbe riguardare 15 milioni di italiani. E che in futuro è destinata a moltiplicarsi. In un universo in grandissimo movimento: basta pensare ai dipendenti del mondo assicurativo che per contratto hanno stipulato un accordo solo per la "long term care" (non autosufficienza) per gli iscritti "diretti". La scommessa è lanciata. E oggi la Turco illustrerà le misure ai maggiori Fondi, Casse e Sms esistenti in un vertice convocato in mattinata al ministero. Nell'ottica di quell'obiettivo indicato, appunto, dalla Finanziaria approvata dal Parlamento e dalla necessità di integrare a costi assolutamente sostenibili o comunque concordati in sede contrattuale, le attuali coperture sanitarie assicurate dal Ssn. Ma solo per Fondi, Casse e Sms no profit e non per le forme assicurative a selezione del rischio. A vigilare ci sarà la neonata «Anagrafe dei Fondi sanitari» che riceverà atti costitutivi, regolamenti, nomenclatori delle prestazioni garantite, bilanci, modelli di adesione degli iscritti ed eventualmente dei nuclei familiari. Una base di fondo, la nuova «Anagrafe», che servirà a implementare anche l'altro pezzo della riforma, la governance complessiva del sistema, alla quale per ragioni di opportunità politica Livia Turco ha considerato passare la mano al prossimo Governo. Al quale, in ogni caso, lascia una precisa eredità. Nel programma del Pd, va ricordato, il tema delle cure odontoiatriche (con la proposta di un Fondo ad hoc) e quello della non autosufficienza, sono due tra gli obiettivi principali indicati per l'assistenza sanitaria. In base al nuovo decreto di Livia Turco, gli ambiti di intervento dei Fondi integrativi comprendono a questo punto: prestazioni aggiuntive, non comprese nei Lea e con questi integrate, erogate da professionisti e strutture accreditati prestazioni erogate dal Ssn per la quota a carico degli assistiti (ticket, libera professione dei medici, servizi alberghieri negli ospedali); prestazioni socio sanitarie in strutture accreditate residenziali e semi residenziali o in forma domiciliare per la quota pagata dagli assistiti; cure termali non a carico del Ssn; medicina non convenzionale anche se erogata da non accreditati; assistenza odontoiatrica limitatamente alle prestazioni **non** a carico del Ssn; assistenza ai non autosufficienti; prestazioni odontoiatriche non comprese nei Lea per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche presso strutture autorizzate, anche se non accreditate. Insomma, il volano per i nuovi Fondi è innescato. E vale per tutte le categorie, per tutti i contratti. E per tutte le realtà istituzionali, enti locali e Regioni compresi.

---

## Casse e Fondi fermi a quota 13,9% - RIPARTIZIONE DELLA SPESA PRIVATA PER LA SANITÀ • 2007

Assicurazioni private 3,7%

Ca5se, fondi, Sms 13,9%

Spesa privata non coperta . 82,4%

Fonte elaborazione su base:Censis, Eurostat, Banca d'Italia, Ania, Sns, Fondi Integrativi

PREVISIONE anno 2010	DELLA 2020	POPOLAZIONE 2030	RESIDENTE 2040	IN	ITALIA 2050
Popolazione totale					
58.490.508	58.043.546	56.978.030	55.207.095		52.169.620
Popolazione > 65					
12.061.382	13.716.024	15.971.922	18.346.524		17.947.549
Popolazione %					
21	24	28	33		34

Fonte: Istat

---

## LE VISITE SPECIALISTICHE

Le visite effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipo di visita nel 2005 (graduatoria per 100 visite specialistiche, **(dati in migliaia, differenza % rispetto al 1999-2000, % a pagamento intero)**)

Tipi di visita	Per 100		Differenza %	% a pagamento
	Visite specialistiche	In mlg	rispetto al 99- 00	intero su visite
Odontoiatrica	26,9	3.894	2,3	92,00
Ortopedica	11,4	1.653	16,7	45,8
Altra specialistica	11,00	1.590	14,9	37,6
Oculistica	10,8	1.566	3,6	50,7
Cardiologia	9,5	1.374	34,3	31,3
Ostetrico-ginecologica	8,1	1.166	3,5	64,5
Otorino-laringoiatrica	4,3	619	-3,7	42,5
Neurologica	3,6	517	28,6	39,5
Urologica	3,5	501	35,4	31,1
Dermatologica	3,4	495	2,9	52,8
Gastro-enterologica	2,8	401	5,5	34,0
Psichiatrica-psicologica	2,0	295	18,5	32,2
Dietologica	1,8	255	32,8	57,1
Geriatria	1,0	149	33,0	27,3
Totale	100,0	14.475	10,5	56,8

Fonti Istat, condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso Ai servizi sanitari, 2005

---

## Il ministro: un passo avanti per un sistema più moderno

### Due decreti per «chiudere»

#### IPASSAGGI

Restano da definire le regole per il calcolo del 20% delle prestazioni obbligate per i «vecchi» enti e le norme sull'Anagrafe

Roberto Turno

Italiani più tutelati e un Ssn «sempre più moderno». Una promessa e una speranza:così ieri Livia Turco ha presentato il decreto appena firmato che, definendone gli ambiti delle prestazioni, promette di rilanciare e di creare nuovi Fondi e Casse sanitarie integrative no profit. Sono state gettate le fondamenta per creare il «secondo pilastro del Ssn», ha spiegato il ministro della Salute nel presentare a una vasta rappresentanza di realtà operanti nel settore contenuti e obiettivi del decreto che attua la Finanziaria 2008 e che, in sostanza, colma un vuoto decennale. Il cammino non è ancora compiuto. Mancano altri due decreti indispensabili: quello sulle modalità di calcolo del 20% che dovrà essere dedicato entro il 2010 dai fondi in vita ad autosufficienza e odontoiatrica per prestazioni extra Lea; ma anche il decreto che definirà il funzionamento dell'Anagrafe dei Fondi. Più di una valutazione, inoltre, dovrà essere fatta sugli effetti dei nuovi Lea (che attendono oggi il sì finale della Stato-Regioni) e delle prestazioni socio-assistenziali che saranno o meno ancora garantite dal Ssn. Per non dire dei regolamenti sulla governance –e della portabilità – di fondi, Casse e Sms (società di mutuo soccorso):per ragioni di opportunità politica, il tutto è stato lasciato in eredità al prossimo Governo. Ma ormai il seme è gettato: il motore riparte e si tratta a questo punto di capire se politicamente si vorrà cogliere la sfida. – “Con questo decreto –sostiene il ministro si compie un ulteriore passo avanti nel consolidamento della Sanità pubblica, inteso come complesso di enti, strutture e organizzazioni che investono sulla promozione della salute e la fornitura di prestazioni mediche e assistenziali ma senza finalità di lucro”. Di più, ha aggiunto: «Il Ssn diventa più moderno e aperto alla partecipazione attiva dei cittadini con forme di copertura assistenziale innovative, ma sempre improntate alla solidarietà, in grado di ampliare l'offerta sanitaria col coinvolgimento di numerose realtà pubbliche e private no profit». Va da sé che l'iscrizione ai Fondi ha un costo, legato alla quantità di offerta delle prestazioni e al coinvolgimento o meno dei familiari; e va da sé che molto è legato ai contratti e ai costi per i datori di lavoro. Fondi e Casse presenti all'incontro col ministro, intanto, apprezzano il decreto, ma guardano ai prossimi passi. Adriano Cappellari, presidente Fasi (dirigenti industria): «Il decreto mette un primo tassello e valorizza la Sanità integrativa. Sarà importante la fase successiva, dalla governance ai decreti applicativi. È auspicabile che il futuro Governo segua la via della consultazione e della collaborazione)). Sulla stessa falsariga Andrea Leone, presidente Casagit (giornalisti): «Bene il decreto. Ma è chiaro che a questo punto guardiamo avanti e che per l'intera fase applicativa dovranno essere ascoltati tutti i Fondi». Grande attenzione anche da parte di Confindustria. Spiega Guido Riva, presidente del comitato tecnico Sanità dell'associazione degli imprenditori: «Il decreto crea le premesse per un processo di modernizzazione dell'intero sistema-sanità. Anche il vincolo della destinazione di risorse a non autosufficienza e odontoiatria è totalmente condivisibile. Auspichiamo ora di proseguire il confronto sul piano tecnico, anche per perseguire l'obiettivo della completa neutralità fiscale della Sanità integrativa per il sistema delle imprese, già gravate da Irap e addizionali».

---

## **Deduzioni con tetto a 3.615,20 euro**

### **Vecchie casse, fino al 2009 resta il bonus**

***LA CONFERMA - Detraibili al 19% sopra quota 129,11 euro solo le uscite che sono rimaste di competenza dell'assistito***

#### **Michela Magnani**

I fondi sanitari integrativi aggiornano le regole fiscali. La Finanziaria 2008 ha cercato, infatti, di uniformare le disposizioni relative al regime tributario dei contributi versati ai fondi sanitari svincolando, di fatto, la deducibilità dalla tipologia di reddito percepito dal contribuente. L'entrata in vigore delle nuove norme che modificano l'articolo 10, comma e-ter) del Tuir (di fatto mai entrato in vigore nella sua versione precedente, come confermato dalla circolare 54/E/2002) e l'articolo 51, comma 2, lettera a) del Tuir è subordinata all'emanazione di un decreto del ministero della Salute che individui l'ambito di intervento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate da Fondi integrativi dei Ssn (i cosiddetti Fondi "doc").il provvedimento, in attesa di pubblicazione in «Gazzetta Ufficiale», individua tali ambiti di intervento e concede tempo fino al 2010 a casse e società di mutuo soccorso già esistenti e disciplinate all'articolo 51, comma 2, lettera a) del Tuir per adeguarsi alle nuove disposizioni.

#### **Il quadro normativo**

Il nuovo articolo 10, lettera e-ter) del Tuir riconosce la deducibilità fino a 3.615,20 euro dei contributi versati ai fondi integrativi del Ssn istituiti o adeguati in base all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche, che erogano le prestazioni individuate ora dal Dm del ministero della Salute. Il limite di 3.615,20 euro, applicabile indipendentemente dalla categoria di reddito del contribuente, comprende anche i contributi di assistenza sanitaria eventualmente versati, anche dai datori di lavoro, a enti e casse di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato in base all'articolo-si, comma 2, lettera a) del Tuir. Anche questo articolo risente delle modifiche introdotte dalla legge Finanziaria: sono stati, infatti, resi deducibili dai redditi di lavoro dipendente, per un importo non superiore a 3.615,20 euro, solo i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse rientranti tra quelli integrativi del Ssn, considerando nel limite anche i contributi versati direttamente (cioè al di fuori del rapporto di lavoro subordinato) a tali fondi che sono deducibili in base al nuovo articolo 10 e-ter) del Tuir. Le modifiche normative indicate, sulla base dell'articolo i, comma 198 della legge Finanziaria 2008, si dovrebbero applicare dopo l'entrata in vigore del Dm della Sanità. Tuttavia, nella considerazione che i fondi "doc" dovranno costituirsi, mentre i fondi "non doc" già esistenti devono potere continuare a operare, il Dm ha concesso a questi ultimi un adeguamento con tempi morbidi. Si ritiene pertanto che, dal punto di vista fiscale, fino a tutto il 2009, nulla dovrebbe cambiare per i lavoratori dipendenti e cioè per l'unica categoria di contribuenti che, finora ha potuto godere di agevolazioni fiscali sui contributi versati a casse aventi fine «esclusivamente assistenziale».

### **Il regime di passaggio**

In pratica, pur nell'attesa di una conferma da parte dell'agenzia delle Entrate, fino a tutto il 2009 non concorrerà a formare il reddito del lavoratore, fino a 3.615,20 euro, il contributo versato a enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a) del Dpr 917/86. In base all'articolo 1, comma 3 del Dm del ministero della Salute in corso di pubblicazione, l'ambito di intervento del fondo potrà essere rappresentato da tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, contratti o accordi o regolamenti aziendali. Inoltre, saranno detraibili dal reddito, nella misura del 19% (per la parte eccedente 129,11 euro) in base all'articolo i del Tuir, solo le spese mediche eventualmente rimaste a carico dell'assistito. A partire dal 2010, sarà riconosciuto lo stesso regime fiscale solo se le casse e gli enti di mutuo soccorso prima individuate attestino di aver erogato ai propri assistiti, singolarmente o congiuntamente, prestazioni socio sanitarie e di assistenza odontoiatrica in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. Dovrà infine essere chiarito se, nell'ipotesi in cui tale situazione non dovesse verificarsi, siano applicabili principi generali: quindi i contributi versati ai fondi non dovrebbero aver diritto ad alcuna agevolazione fiscale, ma la spesa sanitaria dovrebbe poter godere della detrazione del 19% (articolo 15 del Tuir) anche se interamente rimborsata dalla cassa.

---

**‘La spesa privata - Meno di un quinto è coperto dall'integrativa». Viene pagato di tasca propria il 57% delle visite specialistiche**

***IN CRESCITA - L'assistenza non pubblica costa 25 miliardi In aumento le prestazioni in campo***

Pesa 25 miliardi la spesa sanitaria privata pagata di tasca propria dagli italiani, e vale nel complesso un quarto dell'intera spesa sanitaria pubblica. Ma soltanto il 11,76% di questa spesa è attualmente coperta da Casse, Fondi e società di mutuo soccorso (13,9) e dalle assicurazioni private (3,75). E secondo gli ultimissimi dati (Istat, Censis), solo il 11,6% delle famiglie ha pagato un premio per l'assistenza sanitaria integrativa.

Per la specialistica, la spesa sanitaria out of pocket è pari al 57%, per gli accertamenti diagnostici raggiunge il 21% e per i ricoveri il 15 per cento.

L'odontoiatria ha il peso più rilevante: per il 92% ce la paghiamo per intero, seguita da ostetrico-ginecologia (64,5), dietologia (57,1), dermatologia (52,8), oculistica (50,7) e ortopedia (45,8). L'incremento maggiore di richieste s'è registrato per visite urologiche (+35,4%), cardiologiche (+34,3), geriatriche (+33) e dietologiche (+32,8): sintomo evidente dell'invecchiamento della popolazione.

Si ricorre di più alle visite mediche specialistiche nel Centro-Italia, con Marche (63,6% a pagamento), Umbria (62,8) e Liguria (62,2) ID testa, e con Sardegna (46,8) e Sicilia (50,0) in coda. A far ricorso alle visite a pagamento sono di più le donne (59%). E dal punto di vista reddituale, afferma di aver effettuato visite a pagamento il 47,9% degli italiani "con risorse economiche scarse o insufficienti", contro il 61,8% di quanti dichiarano di avere "risorse adeguate". Tra le motivazioni alla base del pagamento privato delle prestazioni sanitarie, prevalgono «la fiducia nel medico e nella struttura». Su questo panorama, si staglia il pianeta in rapidissima crescita della "long term care", l'assistenza ai: non autosufficienti, la vera bomba a orologeria per la tenuta dei conti sanitari di tutti i Paesi avanzati. Italia in testa. Le previsioni dell'invecchiamento della Popolazione, sono da brivido: si stima che gli anziani over 6 passeranno dal 21% (12 milioni) della popolazione italiana totale nel 2010, al 34% (17,9 milioni) del 2020. Insieme, si calcola che a presentare sempre più caratteristiche, necessità e comportamenti di non autosufficienza (soprattutto donne) si passerà dall'attuale 6,7% degli aver 6 al 13,4% del 2030: da 3,8 a 7,2 milioni. La non autosufficienza coinvolge oggi poco meno di 3 milioni di Italiani, e il 40% tra gli over 78. A farsene carico sono in grandissima parte le famiglie per alcune migliaia di miliardi di euro, con servizi pubblici e spesa assolutamente inadeguati. L'assistenza socio-sanitaria per la "Ltc" ha dappertutto costi elevatissimi. Il prezzo medio mensile di un ricovero in una nursing-home negli Usa è di circa 3mila dollari, in Germania nel 2000 era di 4mila vecchi marchi tedeschi, in Italia è di 2 a 3mila euro il costo mensile di un ricovero in una casa di cura per anziani. E ancora: negli Usa costa 1.000 dollari al mese ricevere per 3 volte alla settimana un aiuto di quattro ore a un anziano non autosufficiente solo per lavarsi, vestirsi, preparare i pasti. Costo che sale esponenzialmente se c'è bisogno di assistenza infermieristica qualificata. Non esistono calcoli per l'Italia. Il gruppo di lavoro del ministero della Salute; coordinato da Grazia Labate, fa il caso dell'Emilia Romagna: i costi vanno da 18 euro l'ora per le «prestazioni base» a 39 euro per «prestazioni fisioterapiche o riabilitative».

R.Tu

## **Sanità. Vertice decisivo atto Stato-Regioni per l'accordo su livelli di assistenza e piano vaccini**

### **Sui ricoveri tagli per 2 miliardi Cura anti-sprechi: 100 interventi solo in ambulatorio con ticket**

*PRIMA DELLE ELEZIONI - È l'ultima riunione per varare l'elenco delle prestazioni cui potrebbero aggiungersi gli indirizzi applicativi su legge 194 e salute mentale*

**Roberto Turno – Roma**

Con un compromesso fin[ale sul filo del rasoio tra i ministeri dell'Economia e della Salute e i governatori, oggi per il Ssn potrebbe arrivare il via libera ai nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea). E, insieme, potrebbero vedere la luce il piano vaccini 2008-2010, gli atti d'indirizzo sull'applicazione della legge 194 sull'aborto e sulla salute mentale. Se i tecnici di Tommaso Padoa-Schioppa, ma anche quelli delle Regioni dissidenti (centro-destra in testa), concederanno il via libera al Dpcm sui Lea, le misure sbarcheranno questo pomeriggio al tavolo della Stato-Regioni per il varo definitivo. Altrimenti tutto sarebbe affidato a una Stato-Regioni straordinaria prima delle elezioni di metà aprile, pena il rinvio dell'intero pacchetto al Governo prossimo venturo. La partita si sta giocando intorno ai nuovi Lea, con tanto di diplomazie al lavoro anche nella notte. E sui Lea Economia e Regioni, ciascuno per la sua parte, vogliono vederci chiaro in termini di ricadute finanziarie (e reciproche responsabilità) delle novità in arrivo. Ecco così che si profila la possibilità di una norma transitoria per prorogare l'entrata in vigore di alcune parti del Dpcm sui Lea alla messa a punto definitiva di capitoli che richiedono approfondimenti di tipo finanziario: in primissimo piano sono i nuovi nomenclatori delle prestazioni per l'assistenza specialistica e delle protesi, in attesa di una successiva intesa sulle tariffe (non indicate negli allegati). All'esame dell'Economia è intanto la relazione sui profili economico-finanziari dei nuovi Lea predisposta dalla Salute. Che soltanto dagli interventi per l'appropriatezza sull'assistenza ospedaliera, valuta un potenziale risparmio per 1,961 miliardi di euro, di cui 861 milioni per il pagamento di ticket (36,5 euro) a carico dei non esenti (il 50% della platea potenzialmente interessata) per quelle prestazioni che diventeranno erogabili soltanto in regime ambulatoriale, e non più in ospedale. I Drg ospedalieri inappropriati — frutto di sprechi, cattiva gestione, scelte operative superate anche in molte Regioni — erogabili solo in day hospital, e non più con ricovero, passerebbero dagli attuali 43 a 108: dagli

interventi alle articolazioni all'Hiv, da quelli sulle vie urinarie alla dialisi fino alla calcolosi agli interventi sui genitali maschili e femminili. Saranno poi erogabili solo ambulatorialmente, e non più in day surgery, altre prestazioni: la cataratta, l'ernia, l'artroscopia, vari tipi di ernia, la litotripsia per distruggere i calcoli con gli ultrasuoni.

Inimmaginabili le proteste che potrebbero levarsi davanti a questa cura di «appropriatezza» imposta da economia e scienza medica per tenere in regola i Conti del Ssn. D'altra parte, non mancano aperture di credito come le 109 nuove malattie rare che daranno diritto all'esenzione, l'aggiornamento delle malattie croniche invalidanti (Bpco, malattie croniche renali in testa). Gli stessi nomenclatori tariffari. Gli effetti finanziari di molte di queste misure aggiuntive, però, non sono quantificabili, ammette la Salute. Che però giura: la cura di «appropriatezza» darà effetti a medio termine. Intanto il «tutto gratis» e tanti sprechi diminuiranno ancora.

---

# Ministero della Salute

## IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO l'articolo 1, comma 198, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 il quale prevede che entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore, con decreto del Ministro della salute sono individuati gli ambiti delle prestazioni dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;

VISTO l'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter* del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n.917 e successive modificazioni il quale prevede che entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore, con decreto del Ministro della salute sono individuati gli ambiti di intervento nei quali devono rientrare le prestazioni erogate dai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, per le finalità di cui alla medesima disposizione;

VISTO l'articolo 51, comma 2, lettera *a)* del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modificazioni il quale prevede, tra l'altro, che non concorrono alla formazione del reddito, i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto, accordo o regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter* del medesimo decreto;

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, il quale prevede la costituzione dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 che estende l'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale alle spese sostenute dall'assistito per le 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;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 relativo all'approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008, e tenuto conto dei diversi provvedimenti finalizzati alla attuazione delle previsioni contenute nel predetto Piano;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza;

Vista la risoluzione della Direzione regionale toscana delle Entrate, del Ministero delle finanze, prot. n. 102652/195 in data 19.9.1995, n. 6175/95.

Sentito, per quanto di competenza, il Ministero dell'economia e delle finanze

### **DECRETA:**

#### **Art. 1**

(Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale)

1. Il presente decreto, per le finalità di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *e ter*, nonché dell'articolo 51, comma 2, lettera *a)*, del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 e successive modificazioni, individua gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e degli enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale.

2. Gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo

30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, comprendono le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo articolo 9. Gli ambiti di intervento comprendono inoltre:

a) prestazioni socio sanitarie di cui all'articolo 3 *septies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'articolo 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;

b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

3. Gli ambiti di intervento degli 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 e successive modificazioni, che non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché 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. A partire dall'anno 2010, gli ambiti di intervento di cui al presente comma 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 coincidenti con quelle di cui alle lettere a) e b) del comma 2, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, in base alla vigente normativa regionale, anche se non accreditate, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

4. Con decreto ministeriale sono definiti i criteri e le modalità per il calcolo della misura del limite percentuale di cui al comma 3, le procedure per la verifica del rispetto della misura medesima, l'aggiornamento della misura stessa.

Art. 2

(Anagrafe dei fondi sanitari)

1. È istituita presso il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e senza oneri a carico dello Stato, l'Anagrafe dei fondi sanitari.

2. I fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 2, nonché gli enti e le casse di cui all'articolo 1, comma 3, comunicano annualmente all'Anagrafe dei fondi sanitari la seguente documentazione:

- a) atto costitutivo;
- b) regolamento;
- c) nomenclatore delle prestazioni garantite;
- d) bilancio preventivo e consuntivo;
- e) modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed
- f) eventualmente al nucleo familiare.

3. Con decreto ministeriale sono definite le procedure e le modalità di funzionamento dell'Anagrafe dei fondi, nonché i termini di presentazione della documentazione richiesta dal comma 2.

Art. 3

(Disposizioni finali)

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO

---