

I FONDI SANITARI INTEGRATIVI detti anche Fondi Doc

Gli ambiti di intervento dei Fondi Sanitari Integrativi, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 comprendono le seguenti prestazioni:

- le prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate; fra tali prestazioni sono in ogni caso ricomprese (ai sensi del comma 5 dell'art. 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502):
 - 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;
- le 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;
- le prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Gli ambiti di intervento comprendono, inoltre, le seguenti prestazioni aggiuntive:

- le prestazioni socio-sanitarie in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza; tali prestazioni sono definite dall'attuale normativa come segue:
 - a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
 - b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza;
- le prestazioni socio-sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

ENTI, CASSE E SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO AVENTI ESCLUSIVAMENTE FINE ASSISTENZIALE, DI CUI ALL'ART. 51, COMMA 2, LETTERA A) DEL TUIR (D.P.R. 917/1986)

I soggetti interessati alla presente disciplina sono gli Enti, le Casse e le Società di mutuo soccorso che presentano le seguenti condizioni:

1. hanno fine esclusivamente assistenziale;
2. operano in favore di lavoratori dipendenti iscritti in ottemperanza a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale;
3. operano nel settore sanitario non rispettando l'operatività dei fondi sanitari integrativi.

Gli ambiti di intervento di questi soggetti comprendono le seguenti prestazioni:

- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite ai propri iscritti secondo i propri statuti e regolamenti;
- il rimborso dei costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del SSN e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria.

A partire dall'anno 2010, gli ambiti di intervento si intendono rispettati a condizione che l'ente, la cassa o la società di mutuo soccorso attesti su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, nella

misura del 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti le prestazioni di seguito indicate :

- le prestazioni socio-sanitarie in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza; tali prestazioni sono definite dall'attuale normativa come segue:
 - a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
 - b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza;
- le prestazioni socio-sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Il mancato rispetto della normativa relativa agli ambiti di intervento produce l'inapplicabilità delle agevolazioni fiscali di cui all'art. 10 del TUIR, comma 1, lettera e-ter per i fondi sanitari integrativi e di cui all'art. 51 del TUIR, comma 2, lettera a per gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi fine assistenziale.

Per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi e dagli altri Enti preposti il decreto istituisce, 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 presso il Ministero della Salute. I fondi sanitari integrativi del SSN nonché gli enti e le casse dovranno comunicare annualmente all'Anagrafe dei fondi sanitari la seguente documentazione:

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

dott. Sandro Turina

(Amministratore del Consorzio Nazionale tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza – Comipa Società Cooperativa)