

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2698

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DELLE DEPUTATE

LAPIA, MAMMÌ, NAPPI, NESCI, VILLANI

Modifica dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale, e delega al Governo per il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare

Presentata il 5 ottobre 2020

ONOREVOLI COLLEGHI ! — I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN) sono stati previsti dalla legge al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal medesimo Servizio. Tali fondi, nella *ratio* dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, hanno la finalità di potenziare l'erogazione dei trattamenti e delle prestazioni non compresi nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Tutti i soggetti, pubblici e privati, che istituiscono fondi integrativi del SSN sono tenuti ad adottare politiche di « non selezione dei rischi ». Le fonti istitutive dei fondi possono essere: contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professioni-

sti, promossi da associazioni o sindacati; regolamenti regionali o territoriali; deliberazioni di organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria ovvero di società di mutuo soccorso riconosciute o di altri soggetti pubblici e privati.

L'ambito di azione dei fondi integrativi è, dunque, rappresentato da prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati; prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza (comprese le prestazioni, non a carico del SSN, della medicina non convenzionale, delle cure termali e dell'assistenza odontoiatrica), 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; prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

La vigilanza sui fondi integrativi è esercitata dal Ministero della salute, presso il quale sono istituiti l'osservatorio e l'anagrafe dei fondi integrativi del SSN, alla quale devono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato sia quelli sottoposti alla vigilanza delle regioni. Successivi decreti ne hanno disciplinato la costituzione e il funzionamento. I fondi integrativi godono del regime fiscale agevolato ai sensi delle disposizioni del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 41, che ha apportato modifiche al testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

I fondi sanitari che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992 sono generalmente identificati negli enti, nelle casse e nelle società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale (articolo 51, comma 2, lettera a), del testo unico di cui al Presidente della Repubblica n. 917 del 1986) ed erogano anche prestazioni sanitarie « sostitutive » comprese nell'ambito di intervento del SSN. Il decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, successivamente integrato dal decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, ha individuato gli ambiti di intervento dei fondi integrativi del SSN nonché degli enti e delle casse aventi esclusivamente finalità assistenziali.

Numerosi dati e ricerche rilevano, inoltre, che dal 2013 al 2015 la spesa sanitaria privata è aumentata del 3,2 per cento (oltre 35 miliardi di euro) e che nell'ultimo anno ben 11 milioni (2 milioni in più rispetto al 2012) di cittadini hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie. Peraltro, i dati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico riferiti al 2014 hanno evidenziato che la spesa privata in Italia

aveva raggiunto i 33 miliardi di euro (+2 per cento rispetto al 2013), precisando che la differenza sostanziale rispetto ad altri Paesi europei è che l'82 per cento è *out of pocket*, con una spesa *pro capite* di oltre 500 euro l'anno.

Anche l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nella sua relazione sulla compartecipazione alla spesa nelle regioni per l'anno 2015, rileva che la conseguenza di *ticket* elevati, come già alcune evidenze dimostrano, è la rinuncia alle prestazioni ovvero la « fuga » dal SSN verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto ai *ticket*. Il rischio, nel perdurare di tali situazioni, è la scomparsa dei livelli di assistenza previsti ma di fatto superati da incoerenti misure della compartecipazione.

Quello descritto è il contesto in cui si è inquadrata l'indagine conoscitiva svolta nel 2019 dalla XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati, che trae la propria origine dalla considerazione che la sanità integrativa, come concepita dal decreto legislativo n. 502 del 1992, ha l'esclusiva finalità di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN, finalizzate a coprire solo prestazioni non essenziali e non comprese nei LEA. Pertanto, i fondi integrativi e le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il SSN, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Tuttavia, diverse forme di sanità integrativa, con il passare del tempo, si stanno rivelando le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza nonché di superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute.

La citata indagine conoscitiva ha avuto, dunque, l'obiettivo di:

- 1) approfondire la materia in oggetto, al fine di valutare l'opportunità di un riordino della sanità integrativa, anche nel senso di rendere più cogente il divieto già posto a enti, imprese e aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al fi-

nanziamento, anche indiretto, di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi la finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal SSN, nonché di eliminare ogni forma di defiscalizzazione per i fondi integrativi che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992;

2) analizzare se sia opportuno introdurre il divieto esplicito per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni sanitarie « sostitutive », in quanto comprese nell'ambito di intervento del SSN e dei LEA;

3) indagare sull'opportunità di introdurre, nell'ambito dell'anagrafe dei fondi integrativi del SSN, disposizioni che impongano la trasparenza e la pubblicità in relazione a tutti gli atti statutari e costitutivi correlati ai fondi integrativi nonché disposizioni atte a eliminare ogni conflitto di interessi tra i gestori dei fondi e chi promuove i fondi medesimi;

4) verificare quale sia l'onere finanziario complessivo relativo alle agevolazioni fiscali legate ai fondi sanitari integrativi.

Nel corso dell'indagine si sono svolte numerose audizioni che, in sintesi, hanno rilevato che la sanità integrativa è caratterizzata da una diffusa *deregulation* che contribuisce a minare la sostenibilità del SSN. Tale *deregulation* è accompagnata dall'insidioso e progressivo definanziamento del SSN, che ha finito per avvantaggiare l'intermediazione finanziaria e assicurativa, la quale si è abilmente incuneata nel sistema per governare il *welfare* aziendale. L'intermediazione finanziaria e assicurativa fonda la propria fortunata crescita sui profitti ottenuti grazie, seppur indirettamente, ai benefici derivanti dalle detrazioni fiscali. L'ingiustizia di fondo è che il regime di vantaggio di cui godono le società assicurative riguarda non solo le prestazioni integrative, ma, diffusamente, anche quelle sostitutive.

La sanità integrativa propone sempre più spesso « pacchetti per la prevenzione » che, da un lato, alimentano un inaccettabile consumismo sanitario e, dall'altro, ag-

gravano l'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie con uno spreco di risorse inaccettabile.

La presente proposta di legge interviene sul tema attraverso un riordino complessivo finalizzato a:

1) garantire che l'istituzione di forme di assistenza integrative del SSN che erogano prestazioni non comprese nei LEA avvenga nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari;

2) individuare in forma esaustiva le prestazioni non comprese nei LEA, che si intendono integrative del SSN, con particolare riferimento all'integrazione socio-sanitaria, alle attività di prevenzione sanitaria e all'assistenza odontoiatrica (limitatamente alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche non a carico del SSN e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica in favore di determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità);

3) intervenire sulla quota minima delle proprie risorse annue (attualmente pari al 20 per cento) che le aziende devono riservare a prestazioni non comprese nei LEA e comunque integrative;

4) prevedere che l'assistenza integrativa abbia esclusivamente finalità assistenziali e sia senza scopo di lucro, nonché garantire l'adozione di politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso alle prestazioni;

5) introdurre disposizioni finalizzate a condizionare i benefici e le agevolazioni fiscali alla stabilità della gestione economica e all'osservanza dei principi di trasparenza, pubblicità, completezza e comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili;

6) correlare benefici e agevolazioni fiscali solo a forme di assistenza integrativa autogestita, escludendo benefici o agevola-

zioni per le forme di assistenza integrativa affidate in gestione esterna a società aventi scopo di lucro (ad esempio, imprese di assicurazione);

7) prevedere la pubblicità dell'anagrafe dei fondi integrativi del SSN, nonché degli statuti e dei bilanci dei medesimi fondi.

La presente proposta di legge fa proprio l'appello diffuso dalla Fondazione GIMBE, costituita dall'associazione Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze il 23 giugno 2010, nell'ambito della campagna « #salviamoSSN », che invoca un riordino normativo della sanità integrativa, prevedendo « idealmente un Testo Unico in grado di:

restituire alla sanità integrativa il suo ruolo originale, ovvero quello di coprire prevalentemente/esclusivamente prestazioni non incluse nei LEA;

evitare che il denaro pubblico, sotto forma di incentivi fiscali, venga utilizzato per alimentare i profitti dell'intermediazione finanziaria e assicurativa;

tutelare cittadini e pazienti da derive consumistiche;

garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione;

assicurare una *governance* nazionale, oggi minacciata dal regionalismo differenziato ».

In tal senso, la Fondazione GIMBE ha avanzato diversi suggerimenti, alcuni dei quali la presente proposta di legge intende codificare:

a) definire le prestazioni LEA ed extra-LEA che possono o non possono essere coperte dai fondi sanitari integrativi;

b) rimodulare i criteri di detrazione fiscale aumentando la quota di risorse vincolate a prestazioni extra-LEA (attualmente fissata al 20 per cento) almeno all'80 per cento o, in alternativa, consentire la detrazione fiscale solo per le prestazioni extra-LEA;

c) rendere accessibile a tutti i cittadini l'anagrafe dei fondi integrativi del SSN, con l'obiettivo di favorire il controllo diffuso sull'operato delle istituzioni e sull'utilizzo delle risorse pubbliche; tale accesso, idealmente, dovrebbe essere fornito tramite il sistema degli *open data*, già sviluppato dal Ministero della salute;

d) adottare un regolamento per disciplinare l'ordinamento dei fondi integrativi del SSN aggiornando quanto già previsto dal comma 8 dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992;

e) istituire un sistema di accreditamento pubblico delle compagnie di assicurazione che possono operare nella sanità, identificando requisiti validi in tutto il territorio nazionale;

f) regolamentare i rapporti tra compagnie di assicurazione (con scopo di lucro) e fondi integrativi del SSN (senza scopo di lucro) con l'obiettivo primario di evitare che gli incentivi fiscali alimentino i profitti dell'intermediazione finanziaria e assicurativa;

g) regolamentare il rapporto tra finanziatori privati ed erogatori privati accreditati, al fine di evitare pericolose alleanze con conseguenti derive consumistiche nell'offerta di prestazioni sanitarie e, al tempo stesso, di incrementare l'erogazione di prestazioni finanziate da terzi paganti da parte delle strutture pubbliche;

h) regolamentare le campagne pubblicitarie di fondi integrativi del SSN e assicurazioni per evitare la diffusione di messaggi consumistici che fanno spesso leva sulle criticità di accesso del servizio pubblico o su « pacchetti per la prevenzione » che soddisfano il cittadino consumatore, ma alimentano l'inappropriatezza delle cure e la medicalizzazione della società, nonché fenomeni di sovra-diagnosi e di sovra-trattamento;

i) avviare una campagna informativa istituzionale sulla sanità integrativa per consentire ai cittadini di conoscere le opportunità (e gli svantaggi) di tale sanità.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Modifica dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale)

1. L'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

« Art. 9. – *(Forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale) – 1.* Nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, nonché della centralità della persona e della globalità della copertura assistenziale, possono essere istituite forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale che erogano prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza e comunque integrative ai sensi del comma 2.

2. Ai fini di cui al presente articolo, si considerano integrative del Servizio sanitario nazionale:

a) le prestazioni di medicina non convenzionale, anche se erogate da strutture non accreditate;

b) le cure termali erogate da strutture accreditate, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;

c) l'assistenza odontoiatrica, anche se erogata da strutture non accreditate, limitatamente alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche 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 in favore di determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;

d) le prestazioni relative all'integrazione sociosanitaria di cui all'articolo 3-*septies*.

3. Con decreto del Ministro della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono individuate le prestazioni di cui al comma 2 del presente articolo, non comprese nei livelli essenziali di assistenza, che si intendono integrative del Servizio sanitario nazionale. Con il decreto di cui al primo periodo sono altresì definiti, per i soggetti che erogano prestazioni sanitarie integrative:

a) le modalità di costituzione e di scioglimento;

b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;

c) le forme e le modalità di contribuzione;

d) i soggetti destinatari dell'assistenza, del trattamento e delle garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;

e) le cause di decadenza dalla qualifica di forma di assistenza integrativa del Servizio sanitario nazionale;

f) il sistema di accreditamento pubblico delle imprese di assicurazione che possono operare nella sanità, con l'identificazione di requisiti validi in tutto il territorio nazionale e con la regolamentazione dei rapporti tra le imprese di assicurazione e i soggetti che erogano prestazioni sanitarie integrative.

4. I soggetti che erogano prestazioni sanitarie integrative riservano una quota delle proprie risorse annue:

a) pari all'80 per cento, a prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza e comunque integrative ai sensi del comma 2;

b) pari al 20 per cento, a prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza ed erogate da strutture pubbliche, per la quota posta a carico dell'assistito anche relativa agli oneri per l'accesso alle presta-

zioni erogate in regime di libera professione intramuraria e agli oneri per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito.

5. Le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale devono avere esclusivamente finalità assistenziali, essere senza scopo di lucro e garantire l'adozione di politiche di non selezione dei rischi e di non discriminazione, formale e sostanziale, nell'accesso alle prestazioni da parte dei propri iscritti. Le forme di assistenza integrative devono, altresì, assicurare la stabilità della gestione economica e, per poter usufruire dei benefici e delle agevolazioni fiscali previsti dalla normativa vigente, devono osservare i principi di trasparenza, completezza e comprensibilità dei bilanci e dei documenti contabili secondo i principi del titolo V del libro quinto del codice civile.

6. L'adesione alle forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale è libera. Per le forme di assistenza integrative costituite sulla base di accordi contrattuali o collettivi relativi a specifiche categorie di lavoratori subordinati, di lavoratori autonomi o di liberi professionisti, l'adesione può avvenire esclusivamente su base volontaria, individuale o collettiva.

7. Le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale possono essere costituite per mezzo delle seguenti fonti:

a) contratti e accordi collettivi nazionali, territoriali o aziendali;

b) accordi tra lavoratori autonomi o tra liberi professionisti, promossi dai rispettivi enti di previdenza obbligatoria, sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;

c) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni senza scopo di lucro operanti nei settori dell'assistenza sociosanitaria o dell'assistenza sanitaria;

d) altre fonti individuate con il decreto di cui al comma 3.

8. Le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale utilizzano in

tutti i propri documenti intestati nonché nelle informative rivolte all'utenza o alla generalità dei consumatori la dicitura "Forma di assistenza integrativa del Servizio sanitario nazionale", a pena di decadenza dal relativo regime di vantaggio amministrativo e fiscale. L'utilizzo della denominazione di cui al primo periodo da parte di soggetti che svolgono attività diverse da quelle indicate dal presente articolo costituisce illecito amministrativo, cui consegue l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria nella misura stabilita con il decreto di cui al comma 3.

9. Le forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale possono essere autogestite o affidate in gestione esterna mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche o private accreditate che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con il decreto di cui al comma 3. Qualora l'affidamento in gestione esterna avvenga in favore di soggetti che svolgono attività lucrativa questi ultimi non possono usufruire di incentivi fiscali, in forma diretta o indiretta.

10. La vigilanza sull'attività delle forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale è esercitata dal Ministero della salute che può avvalersi, per la valutazione degli aspetti contabili, del supporto di altre amministrazioni dotate di specifiche competenze. Per le finalità di cui al presente comma, è istituito presso il Ministero della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'organismo di vigilanza sulle forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale, con finalità di vigilanza nonché di studio e di ricerca sulle attività delle forme di assistenza integrative e sulle relative modalità di funzionamento, finalizzate al supporto delle attività dell'anagrafe di cui al comma 12. Con il decreto di cui al comma 3 sono definiti i criteri relativi al funzionamento e alla composizione dell'organismo di vigilanza.

11. L'organismo di vigilanza sulle forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale, di cui al comma 10, entro sessanta giorni dalla data della sua costi-

tuzione, adotta un codice etico delle forme di assistenza integrative volto a regolamentare il rapporto tra finanziatori privati ed erogatori privati accreditati, al fine di impedire l'inappropriatezza nell'offerta di prestazioni sanitarie.

12. Presso il Ministero della salute è istituita, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'anagrafe delle forme di assistenza integrative del Servizio sanitario nazionale, alla quale le medesime forme di assistenza integrative hanno l'obbligo di iscriversi ogni anno, secondo le modalità stabilite con il decreto di cui al comma 3. L'anagrafe è pubblica ed è consultabile nel sito *internet* istituzionale del Ministero della salute ».

2. Il decreto di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo sostituito dal comma 1 del presente articolo, è adottato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In via transitoria e fino all'adozione del decreto di cui al primo periodo, si applicano le disposizioni del decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 141 del 18 giugno 2008, e del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 12 del 16 gennaio 2010.

Art. 2.

(Delega al Governo per il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi per il riordino dei benefici e delle agevolazioni fiscali relativi all'assistenza sanitaria complementare, in conformità ai principi e criteri direttivi desumibili dalle disposizioni dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo sostituito dall'articolo 1 della presente legge.

2. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1, corredati di relazione tecnica, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione. Decorso il termine previsto per l'espressione del parere, i decreti legislativi possono essere comunque adottati. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e di motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni parlamentari competenti per materia sono espressi entro il termine di dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

Art. 3.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

PAGINA BIANCA



18PDL0118600