

QUADERNO ANSI
n. 1/2015

**L'assistenza sanitaria in Italia
tra pubblico e privato**

a cura di Albina Candian - Annalisa Bassi - Pierluigi Quaranta

Sommario:

1. L'assistenza sanitaria ai cittadini dal Regno d'Italia allo Stato Italiano: il ruolo delle SMS;
2. Il secolo XX: il diritto alla salute come garanzia costituzionale e la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;
3. La sanità integrativa o complementare: l'Evoluzione delle legislazioni in materia di assistenza sanitaria in Italia.

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

I) Capitolo

L'assistenza sanitaria ai cittadini dal Regno d'Italia allo Stato italiano: il ruolo delle SMS.

Sino ad epoche non lontane dalle attuali, salute e sanità hanno rappresentato esigenze estranee all'organizzazione sociale ed alla vita stessa dei singoli e delle comunità.

La salute rappresentava un fatto privato, ciascuno vi provvedeva a propria cura e spese e compatibilmente con le proprie disponibilità.

Il neonato Stato Italiano si trovò, da subito, nell'impossibilità, strutturale e organizzativa, di soddisfare le necessità di cura della propria popolazione, delegando forzatamente l'adempimento di tali primarie esigenze sociali a strutture ed organizzazioni private. Come riportato dagli storici del diritto, tale impossibilità non discendeva solo da problemi di ordine organizzativo e strutturale, ma era una conseguenza della mentalità giuridica dell'epoca, in quanto lo Stato unitario, nella sua originaria configurazione di Stato di diritto, era assai poco propenso ad occuparsi dei c.d. diritti sociali dei cittadini. Tale mentalità è rinvenibile nella stessa collocazione, ideata dai padri costituenti italiani, del diritto alla salute all'art. 32 della Costituzione, pertanto non già tra i c.d. rapporti civili, bensì tra quelli "etico-sociali".

Lo Stato di diritto del resto, nella mentalità del secolo XIX, non annoverava tra i propri compiti o funzioni il perseguimento del benessere complessivo dei cittadini, in quanto non interessato o addirittura quasi non autorizzato ad occuparsi di ciò che fosse estraneo alla protezione giuridica dei diritti fondamentali connessi al c.d. status civitatis.

Con la caduta dell'impero romano d'Occidente, e per effetto del susseguente vuoto legislativo e strutturale creatosi, si venne infatti affermando, come forza emergente, la Chiesa cristiana.

A partire dall'alto Medio Evo sorsero nel territorio "italiano" strutture primordiali di forme di assistenza sanitaria ad opera degli ordini religiosi e solo più tardi di strutture laiche allo scopo di offrire carità o beneficenza. In tale contesto storico ovviamente la Chiesa ha rappresentato per lungo tempo la sola forza organizzata in grado di farsi carico di alcuni problemi sociali, in particolare di quelli dell'istruzione e dell'assistenza, intesa come intervento sussidiario e caritativo, provvedendo alla creazione ed organizzazione di tutta una serie di istituti ad hoc,

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

quali l'affratellamento di origine tedesca e le gilde di origine anglosassone, al fine di sopperire a questo tipo di necessità.

In seguito l'organizzazione dello Stato unitario non si curò di sostituire le attività assistenziali della Chiesa con iniziative laiche, limitandosi ad affiancarle, laddove possibile.

Alle strutture preesistenti venne infatti demandato, tacitamente e coscientemente, l'assolvimento dei compiti istituzionali di assistenza sanitaria fino all'Unità d'Italia, ma anche successivamente, poiché, conclusosi il processo di unificazione, la legislazione dello Stato unitario continuava, nel suo complesso, ad essere estremamente deficitaria, limitandosi "a prendere atto di una situazione ultra secolare esistente, cercando di razionalizzarla attraverso un primo corpo normativo consistente in una serie di disposizioni contabili-amministrative, valide su tutto il territorio nazionali (A. Parrulli ,in Lineamenti di legislazione sanitaria p.17).

L'Italia unitaria, nei primi anni della sua costituzione, trovandosi infatti nell'impossibilità di affrontare e risolvere problemi sociali estremamente gravi e complessi, decideva di dedicarsi primariamente ad interventi atti a regolare settori totalmente privi di indirizzi istituzionali, demandando ad un momento successivo la positivizzazione di tali esigenze assistenziali, da secoli ammirabilmente assolte da organi di stampo privato e cristiano, con finalità essenzialmente caritative.

Il primo significativo provvedimento legislativo assunto dallo Stato italiano fu la legge n. 6972 del 1890, relativa alle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che così formalmente dispose: *"sono Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza soggette alla presente legge, le Opere Pie ed ogni altro ente morale che abbia in tutto od in parte per fine: a) di prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità che di malattia; b) procurarne l'educazione, l'istruzione, l'avviamento e qualche professione, arte o mestiere, od in qualsiasi altro modo, il miglioramento morale ed economico"*.

Riferitamente ai meccanismi interni di organizzazione e gestione, la legge del 1890 faceva esplicito richiamo alle tavole di fondazione, ed agli statuti regolarmente approvati. Tale legge rappresentava insomma un primo sforzo di laicizzazione del settore operato dai pubblici poteri. Secondo tale prima fonte normativa l'assistenza ai bisognosi veniva erogata quasi esclusivamente da strutture di antica origine, per lo più religiose e private, aventi un nucleo di interessi di autonomia amministrativa nei confronti dello Stato.

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

Come chiaramente esposto da Alberto Parrulli *“la beneficenza viene, quindi, ad essere distinta in pubblica e privata. La beneficenza pubblica si differenzia dall’altra per il concorso di due elementi: l’uno soggettivo, nel senso che la pubblica beneficenza non può essere esercitata se non da persone giuridiche: fondazioni o associazioni. Il secondo elemento, oggettivo, consiste nella “generalità” dei destinatari. Non a caso l’articolo 2 della legge del 1980 esclude che le fondazioni destinate a vantaggio di una o più famiglie determinate possano costituire istituzioni pubbliche di beneficenza. Beneficenza legale e beneficenza istituzionale si riferiscono soltanto alla beneficenza pubblica, trovando il proprio fondamento nella diversa fonte dalla quale la beneficenza è regolata: la legge o l’autonomia dei singoli enti.*

La beneficenza legale è quella che deve uniformemente svolgersi in tutto il territorio dello Stato; essa appartiene allo Stato, alle province, ai Comuni. È istituzionale, invece, la beneficenza, impropriamente detta facoltativa, retta dagli statuti e dai regolamenti particolari dei singoli enti” (Alberto Parrulli, Lineamenti di legislazione sanitaria, p.18).

Sostanzialmente, quindi, mentre la beneficenza legale rappresentava un sacrificio imposto ai contribuenti a favore dei poveri, la beneficenza istituzionale era l’effetto di atti di liberalità, spontanei e volontari, essendo propria di istituzioni che basavano le loro finanze esclusivamente sulle rendite dei beni donati dai fondatori.

Anzi la beneficenza istituzionale, quella cioè che trovava il suo regolamento giuridico nella autonomia, ossia negli statuti degli enti suddetti, aveva una precedenza non solo storica, ma anche logica rispetto a quella esercitata dallo Stato, dai Comuni e dalle Province.

La beneficenza legale, infatti, era episodica e sussidiaria, nel senso che interveniva solo quando mancava o era insufficiente l’azione degli enti istituzionali.

Le istituzioni di beneficenza traevano la loro origine dal c.d. negozio di fondazione.

Tale atto, formalmente un testamento o un atto di liberalità tra vivi, conteneva l’espressione della volontà del fondatore in ordine ai fini, ai mezzi di azione, e all’organizzazione dell’erigenda istituzione.

Detta organizzazione era contenuta nelle tavole di fondazione del nuovo ente, in base alle quali veniva successivamente predisposto lo statuto, cioè il complesso di norme destinate a regolare nei particolari la vita e l’ordinamento della istituzione. Lo statuto era approvato con lo stesso decreto con il quale l’istituzione era pubblicamente riconosciuta.

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell’uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L’attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Molto interessante diviene a questo punto segnalare l'origine delle società di mutuo soccorso quali evoluzioni delle c.d. casse malattia, laddove il termine "cassa", nel lessico giuridico, voleva indicare un organismo collettivo di sanità fondato sulla mutualità tra i partecipanti.

Al riguardo è da notare come la prima forma di previdenza fosse costituita dalle casse malattia, formate dalle corporazioni, mediante contributi dei loro componenti. Ad esse seguirono le società di mutuo soccorso, sorte tra gli stessi lavoratori i quali, mediante contributi periodici, si assicuravano l'assistenza nelle malattie ed in altri casi di particolare bisogno.

Le mutue da prima furono regolate come società civili, ed ottennero la personalità giuridica oltre ad una particolare disciplina pubblicistica solo con la legge 15 aprile 1886 n.3818 (vedi Massimo Stipo *“la rappresentanza dell'ente ospedaliero”* in *“Ospedali d'Italia”* n.6 giugno 1977, pag. 52 e seguenti).

Prima del loro riconoscimento legislativo, gli storici attestano la presenza di mutue sanitarie soprattutto in Piemonte e Liguria, ove si rinveniva una forte e bellissima tradizione di società di mutuo soccorso legata alla affermazione dei valori condivisi tra appartenenti alle medesime professioni o arti e mestieri.(si veda infatti l'esempio delle mutue liguri e piemontesi del 1800 alcune di esse fortemente ispirate ai valori mazziniani della fratellanza).

I pubblici poteri, quindi, dal 1890 cominciarono ad essere presenti nel settore e, in base alla citata disposizione legislativa, esercitarono su tali istituzioni anche l'attività di vigilanza e controllo amministrativo, per mezzo di un apposito comitato con sede in Prefettura e presieduto da un Funzionario delegato dal Prefetto, responsabile, territorialmente, dell'assistenza e sanità pubblica. (A. Parrulli, *lineamenti di legislazione sanitaria* p. 20)

I pubblici poteri, pertanto, seppur timidamente, avvertirono l'esigenza di affermare la propria posizione nel settore assistenziale al fine di limitare consolidati fenomeni di parzialità che le menzionate strutture presentavano, sia perché nate sotto la spinta di istituzioni private, sia perché era in esse era preponderante l'interesse privato, come mentalità, costume, modo di amministrare e di condurre la gestione, di operare scelte ed indirizzi programmatici ed operativi nell'intervento sanitario ed assistenziale.

In materia sanitaria ed assistenziale si chiudeva definitivamente il ciclo storico, consolidatosi nei secoli, in cui tutto era affidato, nella assoluta totalità, ad iniziative, attività ed interventi esclusivamente del privato, del singolo, e la salute era una questione strettamente personale.

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Lo Stato nazionale unitario appena costituitosi, e per esso la classe dirigente al potere, non era nelle possibilità culturali e politiche nemmeno di ideare un progetto riformatore solido e definitivo, ma finalmente avvertiva questo problema come proprio.

L' avvertito bisogno di affermare la propria presenza nell'assistenza sanitaria era legittimato da motivazioni ideologiche, di unificazione del tessuto sociale e di avvio del processo di laicizzazione di un settore in cui da sempre avevano operato istituzioni non statali.

Appariva comunque ancora lontana l'idea di una salute concepita come fondamentale valore sociale ed economico che lo Stato si impegnava a tutelare. Essa, di fatto, era ancora una condizione personale, tutelabile solo ad opera dell'iniziativa privata. Lo Stato, però, iniziava a riconoscere la necessità di assicurare interventi di sostegno allorché la salute fosse stata compromessa. Non si parlava pertanto, di tutela della salute, di prevenire o recuperare uno stato di malattia, ma di prestare, curare ed assistere solo conseguentemente al manifestarsi di una malattia.

A rigor di cronaca è da rilevare come l'organizzazione ed assistenza sanitaria erano avvertite dallo Stato unitario più come esigenze di ordine pubblico, che di primario servizio sociale.

Una popolazione in stato endemico di malattia creava, oggettivamente, più elevati fattori di rischi, ai fini della quiete civile, e quindi di stabilità politica. Le tensioni, non sorrette ed accompagnate da attività di sostegno ed assistenza pubblica, possono concorrere a creare situazioni pregiudizievoli per l'ordine pubblico.

E' significativo sottolineare, a supporto di quanto sopra affermato, che con l'avvento dello Stato unitario (e fino al 1945), il responsabile politico della igiene e sanità pubblica era il Ministero dell'interno. Questi, in qualità di autorità sanitaria governativa, esercitava i propri poteri in settori a carattere nazionale, ed a livello locale per il tramite dei propri organi periferici, i Prefetti.

Pertanto la tutela della salute, nel nostro Paese, ha sofferto degli stessi storici ritardi sociali di cui ha sofferto l'intera società nazionale. Ammalarsi era una disgrazia personale a cui ciascuno doveva provvedere personalmente. In caso di assoluta, e comprovata impossibilità, di indigenza cioè debitamente "pubblicizzata" (elenco dei poveri reso dai Comuni di pubblica ragione), intervenivano il municipio e le varie congregazioni caritative, commisurando ai "meriti", e non solo ai bisogni, l'intervento stesso.

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

Al pubblico potere competeva l'obbligo delle sommarie vaccinazioni profilattiche di massa e qualche ricovero per indigenti. Per il resto, la maggior parte degli edifici adibiti ad attività ospedaliere erano privati, per lo più di istituti religiosi, o "pubblici" ricavati da antiche donazioni sommariamente riadattate.

Occorre precisare al riguardo che il ritardo storico di cui si discorre è in parte conseguenza della classe politica dell'Italia post-risorgimentale e dei ceti sociali più attivamente impegnati, i quali non avvertivano la difesa e tutela della salute come diritto fondamentale ed insopprimibile dell'uomo.

L'affermazione di tale diritto è un dato culturale che è emerso a seguito di una lenta, profonda e tormentata elaborazione, che si è successivamente andata sviluppando sotto la spinta di forze sociali, culturali, politiche, le quali non avevano svolto un ruolo da protagonista nella costruzione dello stato nazionale unitario. In definitiva, è solo con la Costituzione repubblicana che viene solennemente e formalmente sancito il diritto alla tutela della salute quale diritto inviolabile dell'uomo.

A chiosa di tali considerazioni risulta interessante ripercorrere la lenta evoluzione della legislazione in materia di assistenza sanitaria, attraverso l'analisi delle principali norme poste dal legislatore dell'Italia unitaria, sino all'avvento della Costituzione repubblicana:

1. la legge 3 agosto 1862 n. 753 introdusse il concetto di opera pia, individuandola in tutti quegli istituti di carità e beneficenza, distinti dalle istituzioni di culto e da quelle di pubblica utilità, aventi per fine di soccorrere le classi povere, tanto in stato di sanità che di malattia, per prestare loro assistenza, educarle, istruirle od avviarle a qualche mestiere.

Il legislatore del 1862, al fine di timidamente affermare la supremazia dello Stato di fronte alla Chiesa, assoggettò le opere pie alla legge civile, anche quando avevano scopo ecclesiastico o erano gestite da congregazioni ecclesiastiche. Tentativo come detto "timido" poiché l'unità nazionale non si era realizzata a seguito di radicali stravolgimenti politici, tanto che il contesto socio-politico generale era cambiato di poco. Su di esso, come nel passato, incombeva il conservatorismo politico;

- 2- la legge 17 luglio 1890 n. 6972, pur non apportando sostanziali innovazioni, cercava di dare un definitivo assetto assistenziale pubblico, sulla spinta del mutato quadro politico generale, in cui la borghesia liberale, ormai al governo del paese, intendeva

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

sottrarre il mondo assistenziale al monopolio della chiesa, anche attraverso la costituzione delle istituzioni di assistenza e beneficenza (IPAB).

La legge assistenziale del 1980, quindi, si proponeva di laicizzare e pubblicizzare in qualche misura il mondo assistenziale, a completamento della legge del 1862, con una più larga presenza dello Stato e delle pubbliche istituzioni, nel controllo delle attività assistenziali, sanitarie ed ospedaliere;

3 - il processo riformatore, avviato dalla legge del 1890, assume una più particolare e significativa caratterizzazione con l'adozione del regio decreto 30 dicembre 1923 n. 2841 con il quale venne sostituita la dizione "Istituzioni di beneficenza", in quella di "Istituzioni di assistenza e beneficenza", così antepoendo il termine assistenziale a quello vecchio della beneficenza. Secondo lo Zanobini (*commento alla legislazione sulle IPAB di Lentini e Fragola, Giuffrè 1958*) la beneficenza aveva come contenuto la "gratuità" (caratterizzata dalla non obbligatorietà degli atti assistenziali), mentre l'"assistenza" consisteva in ogni prestazione fatta a chi ne ha bisogno.

II) Capitolo

Il Secolo XX: il diritto alla salute come garanzia costituzionale e la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel ventennio fascista si registrò un ampio intervento dello Stato nel campo assistenziale e previdenziale, chiaramente strumentalizzato alle esigenze del regime.

Nel 1938 venne emanato il regio decreto n.1631 che dettava norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali.

Perdurava ancora, e tale stato di cose si protrarrà fino al 1868, una struttura assistenziale legale, strettamente collegata allo Stato, ed una struttura istituzionale regolata da statuti, tavole di fondazione e regolamenti particolari di singole istituzioni, che traevano il loro finanziamento in gran parte dalle rendite dei beni donati dai fondatori.

La legge del 1938, comunque, dettava disposizioni uniformi sia a strutture pubbliche, che a strutture religiose e alle IPAB, in modo che, sin dall'epoca, si determinò una situazione oggettivamente omogenea per quanto riguardava la organizzazione interna dei servizi ospedalieri, ed il loro funzionamento.

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

Le società di mutuo soccorso

Le prime società di mutuo soccorso nacquero spontaneamente, ad iniziativa di operai ed artigiani. Coloro che non erano infatti iscritti negli “elenchi dei poveri”, versando periodicamente un modesto contributo, si assicuravano al fine di garantire, a sé ed alla propria famiglia, un sostegno economico all’insorgere di una malattia che avrebbe sicuramente compromesso la probabile unica fonte di reddito.

Sulla spinta di rivendicazioni sociali, non di rado sfociate in aperti conflitti, *datori di lavoro e Stato cominciano a partecipare a questa forma di assicurazione contro il rischio di malattie, che diviene obbligatoria per legge, all’inizio solo per le malattie da lavoro e per gli infortuni lavorativi, fino ad estendersi a tutte le malattie limitatamente alle categorie assicurate per legge e con limiti nell’erogazione della prestazione (differenti tra le singole organizzazioni mutualistiche)* (P. Guiducci, in *Manuale di diritto sanitario*, p. 26).

Questo sistema di auto-tutela garantisce, attraverso una moltitudine di Enti mutualistici e ad una gran fetta della popolazione italiana, una forma di tutela sanitaria altrimenti difficilmente fruibile e riservata non solo ai soci, ma anche ai familiari dei mutuatati.

Come evidenziato da Pierluigi Guiducci nel suo “Manuale di diritto sanitario” (FrancoAngeli, 1999) i vari enti mutualistici dell’epoca, pur intervenendo a favore di diverse categorie di beneficiari, presentavano caratteri comuni, individuabili nella identità dell’oggetto del servizio prestato consistente nella spesa per la cura della malattia quando questa era già insorta, rimanendone escluso ogni intervento preventivo.

Nell’ambito delle «realizzazioni» del fascismo la previdenza sociale assunse un ruolo fondamentale, sebbene nella fase iniziale l’azione pubblica in campo sociale mostrasse, per certi versi, una notevole continuità con il passato. *La scelta di dare il massimo impulso alle Casse Mutue sancisce ancora una volta il tentativo da parte dello Stato di non accollarsi direttamente l’onere della copertura di un ‘grande rischio’* (U. ASCOLI, *Il sistema italiano di Welfare*, in AA.VV., *Welfare state all’italiana*, Laterza, Roma-Bari, 1984, p. 27).

Tuttavia il fascismo e la sua concezione corporativa dello Stato si impose via via con un carattere «totalitario» che mirava a ricondurre, sotto le mani del regime, un sistema di protezione sociale ancora segnato dalla presenza del mutualismo e delle iniziative confessionali legate alle Opere Pie.

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell’uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L’attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Si gettava addosso all'assetto corporativo una corazza autoritaria che gli era sicuramente troppo costringente, e si operava l'imbrigliamento di quel pluralismo che, inevitabilmente, è sotteso ad ogni articolazione corporativa (P. GROSSI, L'Europa del diritto, Laterza, Bari, 20106, p. 245).

Questa *vis coesiva* rispondeva ad ovvie finalità politiche, come il controllo e la stabilità politica, la ricerca del consenso, anche se bisognava indubbiamente registrare un processo di centralizzazione delle principali leve dell'intervento statale.

Tale accentramento riguardava una volta di più soprattutto il controllo, e non la gestione diretta (BONELLI, *Il capitalismo italiano. Linee generali di interpretazione, in Storia d'Italia. Annali. I. Dal feudalesimo al Capitalismo, Einaudi, Torino 1978*).

La grande crisi economica del '29, ed il conseguente crollo occupazionale che spinse lo stato fascista ad una nuova stagione di interventismo in ambito economico e sociale, portò alla nascita, nel 1933, dell'INFAIL (Istituto nazionale fascista contro gli infortuni sul lavoro), chiamato a sostituire la CNI (Cassa Nazionale Infortuni) ed i numerosi enti e sindacati autorizzati alla tutela infortuni a cui sarà demandata, in regime di monopolio, la gestione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali per quasi la totalità dei dipendenti dello Stato.

La riforma prevede la costituzione automatica del rapporto assicurativo, che abbandonava definitivamente il sistema privatistico-contrattuale in favore di quello pubblicistico, con prestazioni a carattere indennitario e sanitario a favore del lavoratore.

La caduta del fascismo e la fine del secondo conflitto mondiale misero in crisi il funzionamento degli organi previdenziali italiani allora esistenti.

Osserva Flavio Quaranta: *“Ingenti riserve delle gestioni assicurative persero in gran parte il loro valore reale, essendo state investite, nella quasi totalità, in titoli di Stato. L'inflazione, di conseguenza, rese irriskorie le prestazioni assicurative e la minaccia di una vasta disoccupazione si profilava all'orizzonte”*(QUARANTA, *Per una storia dell'unificazione, cit., p. 335*).

Il frammentato, residuale e selettivo sistema assistenziale vigente, che aveva come destinatari vecchie e nuove categorie di assistiti, lasciava però ancora sprovvisti di tutela vasti gruppi professionali, quali artigiani, commercianti, coltivatori diretti, liberi professionisti, operatori economici e alcune categorie di artisti quali pittori e scultori, a cui si rivolse la nuova

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

organizzazione mutualistica volontaria, rinata all'indomani della liberazione nazionale, la cui azione si insinuò in quegli spazi lasciati scoperti dal sistema assistenziale e previdenziale pubblico.

Le Società di Mutuo Soccorso mostrarono una spiccata capacità di adattamento, conservando stretti legami con quei segmenti del mondo del lavoro rimasti ancora esclusi dal sistema di previdenza sociale e impegnandosi nel contempo a offrire forme di tutela integrativa a quella già garantita dallo Stato.

D'altronde la stessa Costituzione italiana, all'ultimo comma dell'art. 38 dal breve inciso «l'assistenza privata è libera», garantiva l'esistenza della previdenza privata, che presto prenderà il nome di previdenza complementare.

Sorte in forma di associazioni non riconosciute, le Società di mutuo soccorso si affermarono come fenomeno associativo volontaristico cui il legislatore conferisce veste giuridica con la legge 15 aprile 1886, n. 3818. Pur essendo società dotate di personalità giuridica, le società di mutuo soccorso sono vincolate unicamente dallo scopo sociale perseguito.

La larga autonomia statutaria rappresenta pertanto uno dei punti di forza di tali società, essendo ormai acquisito che un'ampia autonomia statutaria è benefica per lo sviluppo di qualsiasi attività sociale.

Ciò ha permesso alle società di mutuo soccorso di assumere le fisionomie più confacenti alle esigenze dimensionali delle realtà in cui si trovano ad operare.

Anche se l'affermarsi dei sistemi previdenziali pubblici ha in passato limitato le funzioni delle società di mutuo soccorso, il cambiamento demografico rischiò di compromettere la stabilità degli attuali sistemi di *welfare*, ed in tale contesto le mutue dovevano garantire in futuro molti servizi sociali in forma supplementare rispetto al servizio pubblico.

Ricerche condotte a livello europeo hanno rilevato come le Società di mutuo soccorso, finanziate tramite la partecipazione dei soci e non del mercato, sembrano più resistenti alle crisi finanziarie e del credito e, se non è possibile dare giudizi definitivi circa le *performance* migliori o peggiori rispetto alle società per azioni, si è riscontrato che le mutue tendono ad essere più vicine ai propri associati, perché improntano le loro attività su valori di solidarietà ed in maniera socialmente responsabile.

I dati forniti dallo studio *“The role of mutual societies in the 21st century”* evidenziano come le mutue siano attive nell'assicurazione sanitaria in Austria, Germania, Danimarca, Spagna,

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Finlandia, Francia, Ungheria, Italia, Lussemburgo, Malta, Polonia, Svezia, Portogallo, Slovenia e Regno Unito. Nonostante gli avviati tentativi di armonizzare le discipline degli Stati membri da parte della Commissione Europea, tale percorso si è dimostrato di difficile realizzazione a causa delle divergenze di modelli disciplinanti presenti nei diversi Paesi.

La presenza a livello europeo di società simili alle nostre Società di mutuo soccorso sottolinea comunque l'opportunità della loro presenza e la necessità di tutelarle sia sotto il profilo fiscale, sia sotto il profilo del più ampio spazio lasciato all'autonomia privata, sia, infine, sotto il profilo della specifica forma di vigilanza cui sono sottoposte che è affidata al potere esecutivo.

La disciplina precipua delle SMS è stata recentemente novellata dall'art. 23 del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n. 179 (c.d. Decreto Sviluppo *bis*) convertito in legge 17 dicembre 2012, n. 221, cui ha fatto seguito il decreto 6 marzo 2013, da parte del Ministero dello Sviluppo Economico

La progressiva evoluzione legislativa ne ha rafforzato il carattere di società -oggi collocabili autonomamente a fianco delle società cooperative, la cui disciplina deve considerarsi applicabile in quanto compatibile- non aventi finalità di lucro, ma perseguiti finalità di interesse generale, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, attraverso l'esclusivo svolgimento in favore dei soci e dei loro familiari conviventi di attività precisamente indicate. Possono divenirne soci tutte le persone fisiche ed anche soggetti diversi dalle stesse, come altre SMS e Fondi sanitari integrativi. Esse vengono iscritte nella sezione delle imprese sociali presso il registro delle imprese nonché, in modo automatico, in un'apposita sezione dell'albo delle società cooperative.

Più nello specifico le SMS, anche a seguito della citata novella, sono abilitate a svolgere le seguenti attività:

- a) erogazione di trattamenti e prestazioni socio sanitarie nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;
- b) erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;
- c) erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

d) erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizioni di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche;

e) promozione di attività di carattere educativo e culturale dirette a realizzare finalità di prevenzione sanitaria e di diffusione dei valori mutualistici.

Il legislatore ha altresì confermato che: *“le attività previste dalle lettere a) e b) possono essere svolte anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni”*, favorendo così una integrazione tra le società ed i fondi sanitari integrativi; al riguardo già l'articolo 10, comma 1, del d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (e successivamente l'articolo 9, comma 1, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229), modificando l'art. 9 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, aveva espressamente attribuito alle SMS funzioni integrative di assistenza sanitaria, abilitando quindi tali soggetti a gestire appositi fondi integrativi del sistema sanitario.

In particolare l'art. 3 della legge n. 1886/3818 è stato modificato disponendosi che *“possono divenire soci ordinari delle società di mutuo soccorso le persone fisiche. Inoltre possono divenire soci altre società di mutuo soccorso, a condizione che i membri persone fisiche di queste siano beneficiari delle prestazioni rese dalla Società, nonché i Fondi sanitari integrativi di cui all'art. 2 in rappresentanza dei lavoratori iscritti”*. Viene così favorita la creazione di partnership tra società di mutuo soccorso di grandi dimensioni e quelle di piccole dimensioni, creando un effetto di reti mutualistiche indirizzato al rafforzamento di tutto il settore.

Tra le innovazioni più significative della citata disposizione normativa si segnalano sia l'aver dotato le SMS di un sicuro regime di pubblicità societaria che l'aver implementato, all'art. 23, il sistema di Vigilanza sul loro operato. Le stesse sono oggi sottoposte ad un triplice controllo: *quello operato dal Ministero dello Sviluppo Economico e dalle Associazioni nazionali di rappresentanza, assistenza e tutela del movimento cooperativo* attraverso attività di revisione nei confronti di SMS aderenti in base ad apposite convenzioni, *quello di spettanza del Ministero della Salute, o dell'assessorato regionale* al ramo se l'attività viene svolta a livello infraregionale, che vigilano sull'attività di istruzione e gestione dei fondi sanitari integrativi del SSN, nonché quello dell'Agenzia delle entrate riferitamente al controllo dei requisiti *ex lege* previsti per gli sgravi fiscali

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

In sintesi l'offerta delle Società di mutuo soccorso in materia sanitaria si articola in tre principali settori: 1. integrazione del reddito in caso di infortuni, di lunghe malattie, di invalidità totale e di morte; pagamento di ticket sanitari; 2. rimborso spese o fornitura di servizi per assistenza sanitaria domiciliare e ospedaliera; rimborsi spese e fornitura di servizi domiciliari per sostenere situazioni di non autosufficienza; 3. rimborsi spese sostenute al di fuori del SSN per gravi interventi chirurgici e alta diagnostica.

Il primo campo di intervento agisce nel solco della mutualità storica per sostenere il reddito delle persone e delle famiglie in occasione di eventi dolorosi come lunghe malattie, invalidità e morte; integra il Sistema sanitario nazionale rimborsando in tutto o in parte ticket sanitari.

Il secondo campo interviene al confine tra sanità e assistenza in una direzione ritenuta unanimemente fondamentale per ridurre i costi della sanità pubblica, migliorando le condizioni di vita di chi ha bisogno di assistenza sanitaria e di cura o a seguito di interventi chirurgici e gravi malattie o in situazioni di non autosufficienza spesso connessi con l'età avanzata. Al riguardo si rileva che anche società relativamente piccole, ma ben radicate sul territorio e in rete con organizzazioni del terzo settore, sono in grado di offrire, a costi molto contenuti, servizi di buona qualità. In particolare in tema di domiciliari legati all'età avanzata, ove è essenziale l'integrazione tra servizi sanitari e assistenziali, famiglie e volontariato, la tradizione del mutuo soccorso, connettendosi con le imprese sociali che lavorano in questo settore, sta acquistando un ruolo significativo.

Generale è del resto la valutazione positiva dell'attività delle Società di mutuo soccorso. Ricerche condotte a livello europeo hanno indicato che, poiché le mutue si finanziano soltanto tramite la partecipazione dei soci, e non attraverso il mercato, esse sembrano essere più resistenti alle crisi finanziarie e del credito e, quindi, dimostrano una maggiore sostenibilità. Con riferimento a molti altri indicatori, come il rapporto costi-benefici e le buone relazioni socio/cliente, se non è possibile dare un giudizio definitivo circa le performance migliori o peggiori rispetto alle società per azioni, si è riscontrato che le mutue tendono ad essere più vicine ai propri associati, ovvero tendono ad essere più attente ai bisogni dei soci/clienti rispetto alle società per azioni.

Infatti, in Europa, a causa del cambiamento demografico, gli attuali sistemi di *welfare* corrono il rischio di non essere più sostenibili e accessibili nel lungo periodo. Ne risulta uno spostamento nella copertura del sistema pubblico verso un'offerta più limitata delle assistenze,

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

cosicché nel futuro molti servizi sociali saranno erogati in forma supplementare rispetto al servizio pubblico, ed in ambito di economia sociale la mutualità assumerà un ruolo chiave. E' invero comune opinione che con i loro tradizionale valori di solidarietà, di governance democratica e assenza di azionisti, le mutue tendono ad operare per il bene dei loro soci e, per loro stessa natura, in maniera socialmente responsabile.

Le difficoltà di armonizzazione a livello europeo si spiegano facilmente osservando come si tratti di strutture associative presenti in tutta Europa, ma molto variamente strutturate dai vari ordinamenti.

III) Capitolo

La sanità integrativa o complementare: l'Evoluzione delle legislazioni in materia di assistenza sanitaria in Italia.

L'attuale strutturazione del Welfare nel nostro Paese – in particolare, nel sistema previdenziale ed assistenziale – rende indispensabile il ricorso a forme di sostegno complementari nell'offerta pubblica. La situazione demografica in Europa sta subendo radicali cambiamenti. Le prospettive di durata della vita si allungano e la popolazione, in generale, invecchia. In Italia, tale fenomeno si sta evidenziando in modo ancora più rilevante; il nostro Paese è oggi considerato, infatti, tra i più "vecchi" al mondo.

Tale processo di invecchiamento comporta, inevitabilmente, nuove necessità nell'ambito dell'assistenza sanitaria: cambiano i bisogni, aumenta la domanda e con essa aumentano le spese sanitarie. L'assistenza sanitaria integrativa risponde, quindi, a **due fondamentali** e contrapposte **esigenze**:

- **necessità di contenere la spesa pubblica;**
- **rispondere ad una sempre maggiore domanda di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.**

Il pegno da pagare in mancanza di un ampliamento del ricorso alle forme integrative di assistenza sanitaria potrebbe essere un possibile drastico calo delle prestazioni ai cittadini.

Non interessa in questa sede dibattere delle cause di tale situazione, quanto, piuttosto, evidenziare come gli Enti assistenziali privati rappresentino un fondamentale "secondo pilastro", quanto mai necessario alla tenuta dell'intero sistema.

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

Il vantaggio della mutualità integrativa si viene così a definire nella maggiore capacità di reclutamento e nel forte legame solidaristico degli associati che permette significativi risparmi, sia sui costi di gestione, che sui costi dei servizi erogati, rendendo maggiormente accessibile la possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie integrative.

Quanto ai profili giuridici della materia, occorre innanzitutto riferirsi al quadro normativo di riferimento.

In via preliminare occorre subito osservare che la sanità integrativa, nonostante l'assoluta rilevanza sociale ed economica che essa assume quale settore pregnante del cd welfare privato, ancora oggi in Italia difetta di una disciplina organica e completa.

Ma v'è di più: ciò che caratterizza fortemente tali discipline, peraltro talune di fonte legislativa primaria, mentre altre di livello secondario ministeriale, è che tali frammentarie e diversificate fonti giuridiche scontano tutte quante una precisa ispirazione o, per dirla all'anglosassone, perseguono una specifica policy di politica del diritto ovvero quella di mantenere un regime rigorosamente separato tra il servizio sanitario nazionale e la sanità privata che esiste e può esistere in quanto essa è " sistema accessorio" e mai sovrapponibile al SSN.

Diremo subito che tale mentalità ispirata alla sacralità del SSN a distanza di quasi 50 anni dalla sua istituzione appare oggi del tutto superata dalla incapacità, peraltro diffusa non solo in Italia, del cd sistema universalistico di soddisfare le necessità dei cittadini.

Senza entrare nelle consuete tematiche sulla crisi del sistema sanitario nazionale, ci si limita a ricordare che anche la Corte costituzionale italiana ha ormai espressamente affermato che il diritto del cittadino a ricorrere al SSN è diritto patrimonialmente garantito ovvero che esso va tutelato dallo Stato nei limiti della sostenibilità finanziaria da parte dello Stato stesso.

La storia della sanità integrativa ha infatti inizio nell'anno 1978, a seguito della pubblicazione della legge n. 833 del 23 dicembre, avente per titolo: "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale", con la quale venne normata la possibilità per i cittadini di integrare le prestazioni erogate dal Servizio Pubblico tramite il ricorso a forme di mutualità volontaria, dichiarata libera dal relativo art. 46.

Dall'istituzione del SSN al 2008 l'iter legislativo in materia che avrebbe dovuto regolamentare l'operatività dei fondi integrativi ha subito travagliate vicissitudini.

Ricordiamo pertanto le tappe di questo frastagliato *iter* legislativo :

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

a) **Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502**, come modificato dal **Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229**

Nel primo intervento del 1992, il legislatore, attraverso l'esercizio della delega riconosciuta, prevede la possibilità per i privati di erogare forme di copertura sanitaria senza una caratterizzazione delle stesse in chiave di rigida integratività del SSN.

Tuttavia la vera attenzione del legislatore italiano verso le forme di assistenza sanitaria ed in particolare integrativa, si manifesta, sul finire degli anni 90, con la celeberrima riforma Bindi ovvero il decreto legislativo 19 giugno 1999 n.299 che va a modificare il precedente del 1992.

Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “riordino della disciplina in materia sanitaria”, e successive modifiche, coordinato con il Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ha infatti operato una vera e propria riforma del quadro normativo dei Fondi sanitari integrativi, questa volta incentrando in maniera assoluta la natura della sanità privata in chiave di sanità integrativa al SSN.

Il criterio principale a cui si ispira l'art.9 del decreto Bindi è quello per cui i Fondi integrativi del servizio sanitario nazionale non possono erogare prestazioni elencate nei cd LEA, ovvero i cd livelli essenziali di assistenza. Tale scelta di fondo del legislatore, ispirata ad una sorta di principio di sacralità del SSN che oggi, per le nostre ragioni, appare difficilmente sostenibile e sicuramente inefficiente, si era poi tradotta anche in una scelta di tipo fiscale, laddove la stessa riforma Bindi aveva modificato l'art.10 del TUIR, affermando la deducibilità dei contributi versati ai Fondi integrativi e così come era già accaduto con l'art.51 del TUIR stesso.

Si prevede, quindi, espressamente il riordino delle forme integrative di assistenza sanitaria, precisando che “esse si riferiscono a prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale, con questi comunque integrate, ammettendo altresì la facoltà per regioni, province autonome, enti locali e consorzi di partecipare alla gestione delle stesse forme integrative di assistenza”.

Ciò su cui vale la pena soffermarsi è il fatto che il nuovo **art. 9 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, così come modificato dall'art. 9 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, veicola due caratteristiche fondamentali.

La prima, di cui avremo occasione di riparlare diffusamente nel prosieguo del presente studio, è quella per cui viene riconosciuta la possibilità a soggetti pubblici e privati di istituire fondi

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

sanitari purché essi "adottino politiche di non selezione dei rischi". Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

- 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 di cui all'articolo 1, comma 18 operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e 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

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

8. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:

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;

e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;

f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n.133."

b) Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Legge finanziaria 2008)

Con questa legge si è provveduto a rivisitare quanto in precedenza regolamentato in tema di benefici fiscali riconosciuti ai Fondi sanitari integrativi e agli Enti assistenziali- tra cui casse sanitarie e società di mutuo soccorso- con l'intento di dare nuovo slancio al settore (all'art. 10 e 51 del TUIR).

Il tratto distintivo della nuova disciplina riguarda la condizione che fondi, casse e sms debbano operare negli ambiti di intervento stabiliti dal ministro della salute, cui la legge finanziaria rimanda.

c) Decreto del Ministero della Salute, D.M. 31 marzo 2008 (c.d. Turco) Con il suddetto provvedimento amministrativo di ordine ministeriale si è data attuazione alle regole introdotte dalla legge finanziaria 2008, stante la necessità, per la loro concreta operatività, di specifiche indicazioni tecniche.

In particolare, con decreto 31 marzo 2008 del Ministero della Salute, pubblicato in G.U. il 18 giugno 2008, sono stati definiti:

1. gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi, cioè

i) prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del d.lgs 502/1992;

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Esse comprendono:

- 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;

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

- 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.

ii) prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 26 della L. 328/2000

i Fondi integrativi coprono le 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.

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

2. gli ambiti di intervento di Enti, Casse e Società di mutuo soccorso, individuati all'art. 1, comma 3 del decreto, che non rientrano nell'ambito di operatività dei Fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale di cui al comma 2 e che comprendono:

-il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie 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.

Con il D.M. c.d. Turco è stata poi istituita l'Anagrafe dei Fondi (art. 2) presso il Ministero della salute. Detta iscrizione non è equiparabile all'iscrizione al registro delle imprese perché non è necessaria al fine di operare, ma ha il solo scopo di far godere dei benefici fiscali.

Il decreto c.d. Turco rinvia a successivo decreto per definire l'operatività dell'Anagrafe.

d) Decreto del Ministero della Salute, D.M.27 ottobre 2009 (c.d. Sacconi)

Detto decreto non solo attua il precedente decreto Turco, ma anche modifica gli ambiti di intervento e li integra.

Di seguito i contenuti del Decreto:

- Prestazioni vincolate (soglia del 20% del totale) da rispettare per ottenere il trattamento fiscale agevolato

I Fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, gli Enti, le Casse e le Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale hanno l'obbligo di destinare una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle **risorse** destinate alla copertura di tutte

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

le prestazioni garantite ai propri assistiti, per l'erogazione di prestazioni di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti, di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili nonché di prestazioni di assistenza odontoiatrica.

Più esattamente tali prestazioni sono:

1) 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 disabilità 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.

Il rispetto della soglia del 20% delle risorse vincolate per prestazioni odontoiatriche, assistenza ai non autosufficienti nonché prestazioni per il recupero di soggetti temporaneamente inabili, deve essere garantito a partire dall'anno gestionale 2010, al fine di poter usufruire del trattamento fiscale agevolato previsto dalle norme vigenti.

Nella pratica, la verifica del rispetto delle condizioni ai fini dell'accesso al beneficio fiscale scatterà solo a partire dal 2012. I bilanci del 2010 saranno chiusi, infatti, solo alla metà del 2011, per cui solamente in quel momento l'Anagrafe avrà la possibilità di comunicare alle Aziende l'applicazione o meno del **bonus fiscale** che, pertanto, scatterà dalle buste paga del **gennaio 2012**.

- Anagrafe dei Fondi

I Fondi integrativi sanitari devono iscriversi all'Anagrafe e devono rinnovare ogni anno la loro iscrizione entro il **31 luglio**. Per l'anno 2010 l'iscrizione è stabilita entro il 30 aprile 2010.

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

• Al momento dell'iscrizione i Fondi trasmettono:

1. l'Atto costitutivo
2. il Regolamento
3. il Nomenclatore delle prestazioni garantite
4. il Bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente
5. i Modelli di adesione del singolo iscritto ed eventualmente del nucleo familiare.

L'Anagrafe è istituita presso il **Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali** con il compito di:

- a) censire i soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo di valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il Servizio sanitario nazionale;
- b) verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate per prestazioni ai soggetti non autosufficienti e cure odontoiatriche da parte di Enti, Casse e Società di mutuo soccorso.

Pertanto, il Decreto Sacconi attua il Decreto Turco in quanto definisce le procedure e le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei Fondi (art. 3):

lo modifica in quanto sostituisce all'art. 1, comma 3, secondo periodo le parole «*coincidenti con quelle di cui alle lettere a) e b) del comma 2*» con le seguenti: «*di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio*»

lo integra in quanto fornisce definizioni (art. 2, comma 2) di

-Anagrafe

-Fondi Sanitari: equipara Fondi ed enti, casse e società di mutuo soccorso

-Soglia delle risorse vincolate.

Il Decreto ha pertanto previsto, al fine della deducibilità delle somme versate a titolo di contributi ai fondi sanitari, il ricorrere di due requisiti:

- 1) **l'iscrizione all'Anagrafe** da parte dell'Ente o della Cassa cui si versa il contributo nonché
- 2) la necessità che tali soggetti assicurino, su base annua, l'erogazione di prestazioni assistenziali indicate nell'art. 2, comma 2, lettera d) del Decreto Sacconi in misura non

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

inferiore al 20% di quelle complessivamente impiegate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti (c.d. “risorse vincolate”).

La norma precisa che il rispetto della soglia delle risorse vincolate, su base annua, a partire dall’anno gestionale 2010, costituisce condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal Ministro della Salute e conseguentemente, a partire dall’anno 2012, per beneficiare, annualmente, del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell’art. 51, comma 2, lettera a), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Il Decreto c.d. Sacconi, nonostante il nuovo impulso che ha apportato alle forme integrative sanitarie, si è mostrato però carente sotto molto aspetti, tant’è che sono stati necessari ulteriori chiarimenti.

In particolare:

- Nota del ministero della Salute del 12 aprile 2004, a seguito di richiesta di Assoprevidenza
- Interpello Ministero del Lavoro 8 marzo 2011, n. 14.

Tali interventi normativi sono stati motivati dalla constatazione che nel nostro Paese la domanda di prestazioni odontoiatriche e di crescenti bisogni di assistenza ai non autosufficienti risulta significativamente superiore rispetto alle possibilità reali di offerta di servizio da parte del sistema sanitario nazionale. Da qui il vincolo per le forme sanitarie integrative di garantire ai propri assistiti almeno il 20% delle prestazioni erogate all’area odontoiatrica e a quella cosiddetta sociosanitaria.

e) Attuali norme tributarie

Completano il quadro di riferimento gli indispensabili collegamenti con il tema del regime fiscale della contribuzione per fini sanitari, di cui agli artt. 51, comma 2, lett. e), e 10, comma 1, lett. e-ter del D.P.R. n. 917/1986.

L’agevolazione consiste nella possibilità, da parte del lavoratore dipendente, di dedurre dal proprio reddito imponibile l’ammontare massimo di 3.615,20 euro in relazione ai contributi versati a Enti aventi esclusivamente fine assistenziale.

L’agevolazione massima di euro 3.615,20 deve intendersi in senso complessivo, in presenza di eventuali altri contributi di natura analoga versati da parte di persone fiscalmente a carico del contribuente dichiarante.

Il chiarimento ministeriale su tale aspetto fiscale

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell’uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L’attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Il Ministero del Lavoro ha chiarito che, per poter usufruire del regime fiscale agevolato per i contributi versati a Enti aventi finalità di assistenza sanitaria, questi ultimi devono essere iscritti all'anagrafe dei Fondi sanitari e devono assicurare, su base annua, l'erogazione di specifiche prestazioni assistenziali in misura non inferiore al 20 per cento.

I contributi versati ad un Ente che eroga prestazioni assistenziali, non operante negli specifici settori d'intervento individuati dal legislatore, non possono beneficiare dell'esenzione fiscale.

Il Ministero del Lavoro ha chiarito che per quanto riguarda i contributi versati ad Enti aventi finalità assistenziale occorre distinguere a seconda delle finalità perseguite dagli stessi:

- per i contributi versati a Fondi, Casse e Società di mutuo soccorso aventi finalità di assistenza sanitaria compete sia il beneficio fiscale previsto dall'articolo 51, comma 2, lett. a) del T.U.I.R. sia il beneficio contributivo di cui all'art. 6, comma 4, lett. f) della legge 30 aprile 1969, n. 153;
- per quanto riguarda, invece, i contributi per assistenza (diversa da quella sanitaria) compete soltanto il beneficio ai fini contributivi in quanto l'art. 6, comma 4, lett. f) della legge n. 153 del 1969 si limita a prevedere che le Casse o Enti debbano avere finalità di assistenza senza precisare la natura delle prestazioni rese.

Ne discende che, per quanto riguarda i contributi versati ad Enti o Casse aventi genericamente finalità di natura assistenziale, eventuali versamenti a carico dei dipendenti non possono fruire del regime di non concorrenza ai fini della formazione del reddito e, quindi, non potranno essere dedotti ai fini dell'applicazione delle ritenute d'acconto.

Si può quindi affermare che, ai fini fiscali, non tutti i contributi versati alle Casse di assistenza sanitaria fruiscono del beneficio ma solo i contributi versati ad Enti Casse e Società di Mutuo Soccorso che si sono adeguate alle prescrizioni del Ministero della Salute, cioè sono iscritte all'Anagrafe dei Fondi sanitari e raggiungono un livello di prestazioni indicate nell'art. 1, comma 3, del decreto del Ministro della Salute non inferiore al 20%.

Il mancato raggiungimento di questo limite, che va verificato in capo ai Fondi sanitari su base annua, fa venir meno il regime di non concorrenza dei contributi previsto dall'art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR.

In definitiva, da un punto di vista fiscale, sia i contributi versati ad Enti o Casse che perseguono finalità genericamente assistenziali, sia i contributi versati ad Enti o Casse che non raggiungono il limite di prestazioni indicato nell'art. 1, comma 3, del decreto del 31 marzo 2008 fruiscono

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

del medesimo regime fiscale (cioè tassazione dei contributi) e contributivo (esclusione dalla base imponibile).

OoO

Vale la pena poi occuparsi di altri due profili giuridici importanti ovvero essenzialmente quello della **Forma giuridica dei Fondi, Casse e SMS** e quello dei **Profili assicurativi, nonchè del problema interpretativo dell'art.345 Codice delle Assicurazioni Private.**

I) La forma giuridica: l'attuale sistema dell'assistenza integrativa

L' attuale sistema dell'assistenza integrativa si basa sulle prestazioni fornite da:

Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziali

Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Al riguardo si nota che essi sono normalmente costituiti in forma di **associazione non riconosciuta ai sensi dell'art. 36 c.c.**, e possono assumere la **forma di Società di Mutuo Soccorso (ai sensi della l. 15 aprile 1886, n. 3818)**, che peraltro viene indicata dal legislatore quale associazione non riconosciuta ma che può conseguire personalità giuridica (art.1 della cit. legge 3818). Risulta, comunque, che vi siano casi importanti di Casse o Fondi costituite come associazioni riconosciute.

II) Caratteri dell'associazione non riconosciuta

Le associazioni non riconosciute prendono vita, come quelle riconosciute, dall'accordo degli associati: tale accordo si manifesta nel contratto di associazione, cioè nell'atto costitutivo.

Per questo contratto la legge non prescrive alcuna formalità, quindi, lo stesso potrebbe essere valido anche se fatto con semplice scrittura privata o, addirittura, in forma orale.

Vi sono, però, alcuni elementi sui quali le parti che intendono dar vita ad un'associazione priva di riconoscimento si debbono obbligatoriamente accordare, quali:

lo scopo, le condizioni per l'ammissione degli associati, le regole sull'ordinamento interno e l'amministrazione, la denominazione, la sede ed il patrimonio.

III) Caratteri della società di mutuo soccorso (l. 15 aprile 1886, n. 3818)

Le prestazioni fornite.

SULLE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO

Generalmente, se si considera lo stato attuale, le prestazioni erogate da tali enti (sia in forma diretta, che indiretta attraverso convezioni) ricomprendono tutte le forme di assistenza sanitaria con rimborsi totali o parziali:

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

- degli interventi chirurgici e relativi ricoveri;
- delle prestazioni e visite specialistiche ambulatoriali o domiciliari dell'assistenza infermieristica ospedaliera o domiciliari;
- di altri servizi supplementari.

Tuttavia, come noto, le varie forme di assistenza integrative gestite da Società di mutuo soccorso, Casse aziendali e Fondi di categoria possono differenziarsi notevolmente tra loro in relazione alla gamma di prestazioni offerte, al livello di copertura e all'entità delle quote associative.

L'azione di regolamentazione iniziata con il decreto Turco del 2008 e continuata dal Ministro Sacconi, infatti, ha riconosciuto finalmente l'assistenza sanitaria integrativa come secondo pilastro del nostro sistema sanitario.

Assistenza Sanitaria Integrativa e profili assicurativi

Corre l'obbligo di segnalare che vi è un risvegliato interesse del legislatore speciale assicurativo al settore della assistenza sanitaria integrativa e che anche il Regolatore assicurativo sta manifestando un certo interessamento alla comprensione del funzionamento delle Casse e delle Società di Mutuo Soccorso.

Al riguardo, occorre riferirsi all'art. **345 del Codice della assicurazioni private**, ovvero al D.Lgs. n. 209/2005, che è una delle norme di chiusura del CAP, contenuta nel Titolo XIX rubricato "**Disposizioni Tributarie Transitorie e Finali**".

La norma in oggetto è rubricata espressamente "**Istituzioni ed enti esclusi**" ed essa, che contiene un richiamo dei soggetti esclusi dall'ambito di applicazione delle norme contenute all'interno del Codice stesso, si riferisce anche alle Società di mutuo soccorso, e alle Casse di assistenza sanitaria autogestite.

Questo è abbastanza naturale, posto che le imprese di assicurazione possono anche costituirsi come mutue assicuratrici.

Orbene quando il legislatore procede alla elencazione degli organismi o enti **esclusi** dal CAP, esso si riferisce espressamente alla **lettera f)** "*alle società di mutuo soccorso costituite ai sensi della legge 15 aprile 1886 n.3818, che provvedano direttamente al pagamento a favore degli iscritti di capitali o rendite di qualsiasi importo fatto salvo quanto previsto al comma 3*".

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."

Il principio generale veicolato dal Cap è quello per cui senza alcun riferimento a capitali o rendite pagati o a eventuali impegni assunti le Società di mutuo soccorso sono estranee alla disciplina assicurativa.

Detto ciò come indice normativo con una tecnica essenziale e proseguendo con la lettura della norma, si vede che il legislatore, nella seconda parte dell'art. 345 cap, con una tecnica logica molto oscura e in qualche modo contraddittoria, al successivo comma 3 aggiunge nuovi elementi ed afferma: *“qualora le mutue contraggano impegni al pagamento a favore degli iscritti di capitali o rendite complessivamente superiori a euro centomila per ciascun esercizio esse saranno soggette alle disposizioni sulle mutue assicuratrici di cui al titolo IV del presente codice”*.

Chiariamo subito che il **titolo IV** del CAP contiene disposizioni relative a particolari mutue assicuratrici (**artt. 52-56**), e dunque, la norma sopra richiamata contiene un rinvio alla disciplina cui sono assoggettate le particolari mutue assicuratrici.

Ora, non si può non notare la contraddittorietà tra il principio generale di cui alla lettera f) dell'art. 345 cap, ove si afferma l'esclusione *tout court* delle Sms dall'ambito assicurativo, proprio riferendo *“qualsiasi importo”* esse erogino, ed il comma 3 che si aggancia, invece, al parametro finanziario degli impegni assunti per farle rientrare *“dalla finestra”* sotto il cappello assicurativo.

Non si tratta di questioni di poco conto, ma di incertezze normative che pongono gli operatori in serissime difficoltà e che costringono ad interpretazioni che potrebbero anche non essere condivise in ambito di controllo di esercizio. E' noto, infatti, che da incertezze normative derivano costi organizzativi e di funzionamento, nonché rischi legali elevatissimi per coloro che esercitano attività economiche, ma anche per la collettività, il che diviene ancora più accentuato in casi come quello delle Società di mutuo soccorso ove il fine è previdenziale.

Inoltre, sempre nell'ambito del medesimo contesto viene chiarito che *“qualora le medesime società”* – e qui il dubbio diviene ancora più profondo quali società? tutte le Sms o solo quelle del 3° comma? stipulino contratti per conto, esse saranno tenute agli obblighi di cui al titolo IX, capo III, (Regole di comportamento) e XIII (Trasparenza) in quanto compatibili”.

Se questo è lo scarno quadro di riferimento, si deve concludere nel seguente modo:

- 1) Le Società di mutuo soccorso sono enti esclusi in via di principio da normative e vigilanza assicurativa;

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

- 2) Esse possono essere assoggettate al CAP solamente quando vengano equiparate alle cd. “piccole mutue assicuratrici vita”, ed esclusivamente nel caso in cui si impegnino a pagare capitali o rendite agli associati quali prestazioni omologabili alle prestazioni assicurative del ramo vita, in misura superiore a quella indicata nel testo.

In questo ed unico caso esse potrebbero essere considerate quali “piccole mutue assicuratrici” e, in quanto tali, essere assoggettate alla disciplina delle mutue assicuratrici di cui al capo IV, oltre alle norme del codice civile (art.2546 e ss) e, quindi, all’Isvap.

Per tutto il resto della loro attività esse sono soggette esclusivamente alla competenza mutuariale.

Distinzione tra assicurazione e società di mutuo soccorso

Va subito osservato che le Società di mutuo soccorso, pur non essendo imprese di assicurazione, erogano prestazioni che, nelle loro linee di fondo, possono assomigliare a quelle assicurative: contemplano, infatti, sia il rimborso di spese mediche, sia indennità giornaliera per ricoveri in istituti di cura, sia indennità per invalidità permanente da malattia fino ad arrivare a indennità in favore dei beneficiari qualora dall’infortunio derivi il decesso dell’associato. Nella prassi si vede poi come le prestazioni di rimborso possono operare in relazione a spese sostenute presso struttura sanitarie sia pubbliche, che private.

La contribuzione a carico degli assistiti può essere disciplinata in maniera differenziata ed in effetti, nella pratica, le prestazioni vengono raggruppate in fasce opzionali che corrispondono ai vari tipi di sussidio. Gli assistiti, in questo modo, possono aderire o meno alle varie fasce modulando sia l’estensione della copertura che il relativo onere finanziario. Anche l’eventuale linguaggio “assicurativo” utilizzato nella descrizione dei sussidi (termini quali infortunio, rischio, *etc...*) è abbastanza frequente e non costituisce di per sé un elemento che possa fare ritenere che la Mutua stia esercitando attività assicurativa.

Trattandosi infatti di prestazioni che vengono erogate, successivamente al pagamento dei contributi alla mutua stessa, e solo al verificarsi di determinati eventi, i settori delle Società di mutuo soccorso e quello assicurativo vengono assimilati, e quindi anche le terminologie a volte possono confondersi.

Tuttavia occorre all’uopo evitare pericolose confusioni di piani. Infatti, la similitudine tra prestazioni della Sms e quelle delle imprese di assicurazioni non deve indurre ad una equiparazione tra le due figure che sarebbe del tutto fuorviante ed in particolare quella con le

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell’uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L’attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

c.d. mutue assicuratrici di cui agli artt. 2546 c.c. e seguenti, le quali costituiscono fattispecie giuridica assolutamente differenziata.

Le Società di mutuo soccorso *in primis* non hanno scopo di lucro, ma scopi di carattere assistenziale e previdenziale. Inoltre, e ciò costituisce elemento di distinzione assolutamente pregnante, la loro attività è caratterizzata dalla corresponsione ai soci di semplici sussidi previsti dallo statuto. Lo schema giuridico di una Sms non soddisfa certamente le esigenze della comunione tecnica dei rischi tipica delle assicurazioni così come intesa in senso moderno. Solo l'impresa assicurativa è tenuta a tutti gli adempimenti di ordine tecnico e finanziario, che presuppongono l'adozione di un procedimento attuariale e la sottoposizione alle discipline assicurative. Ma, si osservi bene, questa esigenza si pone solo per le assicurazioni in senso tecnico e non certo per un'attività diretta alla semplice erogazione di sussidi variabili in relazione alle disponibilità del bilancio, il che esclude a priori una applicazione di normativa assicurativa.

A rafforzare tali conclusioni si aggiunge oggi un altro elemento che ci perviene proprio dal Regolatore. Allo stato attuale della disciplina assicurativa vi è una fonte normativa ulteriore che va tenuta in assoluta considerazione. Ci si riferisce, infatti, al **Regolamento Isvap n. 29/2009** che costituisce pietra miliare per il settore e che ci consegna dei distinguo decisi tra attività assicurativa e servizi di assistenza.

In particolare, il Regolamento volendo approfondire il problema dei servizi di assistenza, ha stabilito che sono considerati servizi non assicurativi *“Le prestazioni in natura di assistenza tecnica e sanitaria remunerate in forma diversa dal premio anticipato calcolato su basi tecnico-assicurative, offerte a domanda dell'utente anche in assenza di fortuità dell'evento generatore del bisogno (art. 5 - Regolamento ISVAP n. 29/2009)”*.

Si comprende subito che, ai nostri fini, tale indice ha una valenza normativa importantissima, in quanto esso consente di enucleare le prestazioni di assistenza a cui possono essere sicuramente ricondotte anche quelle delle Società di mutuo soccorso in oggetto.

La Vigilanza assicurativa afferma che il servizio di assistenza può essere fornito a fronte del pagamento di una somma calcolata in forma diversa dal premio e che essa in quel caso non è prestazione assicurativa. Ciò che rileva è, infatti, il dato per cui il calcolo del corrispettivo dei servizi prestati non venga fondato su basi tecnico-assicurative.

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Ora, mi pare che la formulazione offerta da ISVAP si attagli perfettamente al caso di specie, ove i sussidi vengono prestati dai Fondi sanitari ai propri aderenti sicuramente su “domanda dell’utente” ed in assenza di fortuità dell’evento generatore del bisogno.

Infatti l’intendimento degli Enti assistenziali è quello di rimborsare le spese sanitarie degli aderenti e famigliari a loro richiesta, offrendo tali rimborsi per le situazioni di bisogno che possono verificarsi per eventualità più disparate. Ciò che rileva è la sussistenza della spesa sanitaria o del bisogno che costituisce sacrificio economico per gli associati e che l’Ente assistenziale intende eliminare. Il rimborso per spese sanitarie per non autosufficienza, volto alla tutela dello stato di salute del proprio iscritto, non presenta peraltro alcuna attinenza a premi o prestazioni in senso assicurativo posto che i loro ammontari non sono calcolati su basi statistiche – attuariali.

Detto ciò, anche nel caso delle Sms sono, ovviamente, necessarie delle cautele giuridiche: poiché il fondo destinato ai pagamenti dei sussidi è costituito dagli stessi interessati, vi è la necessità di tutelare l’interesse ad una sana gestione delle somme versate a titolo di contributo.

Per questa ragione la legge istitutiva impone all’ente l’adozione di cautela nel calcolo dei contributi nella gestione del fascicolo, e nella erogazione dei sussidi, ma ciò va letto esclusivamente sull’ottica di realizzare effettivamente la funzione previdenziale che le è propria e non mai di ricondurre tale attività all’alveo assicurativo.

Sarebbe assolutamente esorbitante, rispetto al fine perseguito dalle parti con l’istituzione della Sms, imporre ad essa tutti gli adempimenti e i procedimenti delle assicurazioni che restano estranee alla tematica.

La distinzione tra le due aree non è certamente priva di rilevanza, sia in relazione alla disciplina che ad esse si applica, sia per il tema fondamentale della assoggettabilità delle stesse alla disciplina pubblicistica sull’esercizio delle assicurazioni.

L’esclusione delle Società di mutuo soccorso dal settore assicurativo: i riferimenti normativi vigenti

A questo proposito, proprio partendo da queste premesse giuridiche fondamentali, la conferma della non sovrapposizione dei due settori, si fonda anche sulle scelte legislative operate dal legislatore assicurativo.

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell’uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L’attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

I legislatori, che dal secolo scorso sino ad oggi si sono succeduti, hanno voluto continuamente precisare l'estraneità delle Società di mutuo soccorso alle Imprese mutue di assicurazioni e la loro non assoggettabilità quindi all'organismo di vigilanza assicurativa quale ISVAP.

In breve, si ricorda **l'art.1 lettera d) della L.22/12/1986 n.742** che indicava tra i soggetti esclusi: *“le società di mutuo soccorso costituite a norma della legge 15 aprile 1886 n. 3818”*.

Tale legge è stata poi abrogata dal **Dlgs n.174 del 1995**, il quale a sua volta prevedeva lo stesso principio, fino ad arrivare all'attuale art.345 del Cap (ovvero il nuovo Testo Unico in materia di assicurazioni emanato nel 2005).

Sul punto diventa fondamentale ricordare che anche prima dell'emanazione del CAP, l'ISVAP era intervenuta.

La stessa ISVAP aveva espressamente osservato che: *“è necessario precisare che la Vigilanza sulle società di Mutuo Soccorso è di competenza del Ministero del Lavoro e, in particolare, degli Uffici provinciali del lavoro, che la esercitano attraverso l'esame degli statuti, dell'atto costitutivo e dei bilanci annuali, come previsto dall'art. 15, comma 7, legge 59/92 e chiarito dalla circolare n.117/92 dello stesso Ministero. Gli uffici provinciali del lavoro, a loro volta, tenuto conto dell'attività che le società di mutuo soccorso intendono svolgere, valuteranno l'opportunità di trasmettere gli atti alle Istituzioni preposte alla vigilanza sulla materia specifica, in tal modo realizzandosi un coordinamento con le Istituzioni medesime.*

Per quanto riguarda l'attività di Vigilanza istituzionalmente demandata all'Isvap è evidente che al fine di verificare la sussistenza dei presupposti di un'eventuale attività assicurativa non autorizzata, con consequenziale adozione dei provvedimenti del caso, occorre che siano acquisiti gli elementi indispensabili a tale valutazione. E tuttavia, un controllo diretto tout court, in assenza di elementi indicativi di un possibile esercizio dell'attività in forma assicurativa sembrerebbe sconfinare dai limiti della competenza dell'Istituto. Pertanto, si è ritenuto che, solo nel caso in cui l'Isvap, pur senza aver proceduto ai controlli, sia venuto comunque a conoscenza di fatti idonei ad integrare la violazione della normativa assicurativa(per esempio a seguito di dettagliato e documentato esposto o di segnalazione dei medesimi Uffici provinciali del lavoro, in virtù di quanto fatto presente con citata la Circolare 117/92), potesse intervenire direttamente espletando indagini ispettive ed emanando gli eventuali provvedimenti del caso” (così dai Quaderni di Isvap, *Temi di diritto Assicurativo-Rassegna dei contributi del Servizio legale nel 2000*).

“In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile.”

Ora, volendosi comunque riferire allo stato attuale delle norme, si ricorderà che l'art. 345 cap si occupa in maniera limitatissima del problema delle Società di mutuo soccorso senza fornire né la loro configurazione, né la loro disciplina.

Conseguentemente la figura, il funzionamento e la gestione delle Società di mutuo soccorso è sempre e comunque disciplinato dalla legge del 1886, anche dopo le modifiche del 2012, che continua a rappresentare l'architettura normativa di riferimento.

Riferiamoci ora all'ultimo comma dell'art.345 cap che si riferisce espressamente **alle casse di assistenza sanitaria autogestite**: la norma stabilisce che esse sono soggette alla stessa disciplina delle mutue assicuratrici, solito Titolo IV, ma sembra volere dire se "autogestite"

Al che ne consegue sia la sottoposizione alla vigilanza assicurativa che l'applicazione della disciplina sulle mutue.

"In ANSI auspichiamo al benessere ed alla salute per tutti i cittadini, come diritto fondamentale dell'uomo e patrimonio sociale della collettività. Gli investimenti, le somme di denaro non portano ad uno stato di salute generale migliore. Una politica però che sensibilizza le istituzioni volte alla promozione di tali principi, porta benefici migliori. Dobbiamo restituire a tutti la fiducia, ma anche aumentare la conoscenza e rendere più vicina la politica alla salute del popolo.

L'attenzione alla Salute ed alla previdenza dei cittadini sono la più grande forza di un popolo civile."