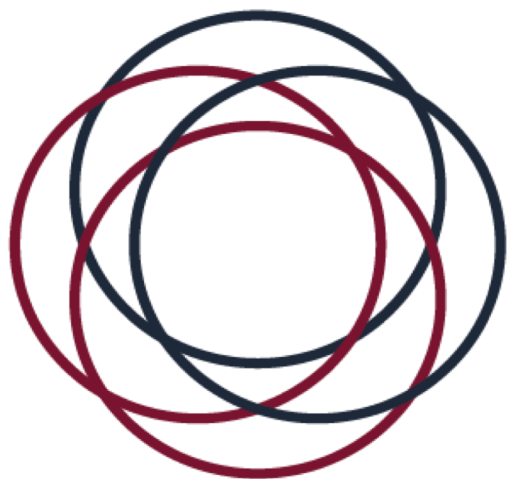




THMR

STUDIO LEGALE ASSOCIATO

Taurini Hazan Martini Rodolfi

**Sanità «complementare»: alla
ricerca di una compliance in un
quadro normativo inadeguato e
incompleto**

- Il settore della sanità integrativa, più correttamente «complementare», conta un numero di beneficiari di prestazioni(oltre 16 mln) già ben più ampio di quello della previdenza complementare (11 mln; dato COVIP sett. 24)
- A differenza della previdenza complementare, ben normata (forse troppo), siamo al cospetto di un settore sostanzialmente deregolamentato e non vigilato in termini appropriati
- Sembra di tornare al 1993, tempo della prima regolamentazione in materia di previdenza complementare in cui non erano pubblici né organizzati i dati sulle singole forme di previdenza, mancava un vigilante, non c'erano regole di trasparenza verso gli iscritti e mancavano regole sulla gestione dei patrimoni e sulla pubblicità dei bilanci

Il quadro vigente

- **D.lgs. 502/1992 (art. 9):** riporta le regole di istituzione e costituzione dei fondi sanitari complementari; le prestazioni erogabili e altre prescrizioni in materia
- **L. 244/2007:** Legge finanziaria per l'anno 2008. I commi da 197 in avanti disciplinano la fiscalità dei fondi sanitari complementari
- **Decreto Turco:** DM Ministero Salute 31 marzo 2008, reca gli ambiti di intervento dei fondi sanitari complementari
- **Decreto Sacconi:** DM Lavoro, Salute e Politiche Sociali 27 ottobre 2009; modifica il Decreto Turco e regola l'Anagrafe dei Fondi sanitari e le regole di calcolo della soglia delle risorse vincolate
- **L. 118/2022:** legge concorrenza 2022. modifiche all'art. 9 del d.lgs. 502/1992 e rinvia a una serie di decreti attuativi per l'istituzione dell'osservatorio sulle varie forme di sanità integrativa (DM 15 settembre 2022) e il cruscotto delle prestazioni dei fondi sanitari (DM 30 settembre 2022)

Cosa manca (tra l'altro)?

- 1) Giungere a una definizione di sanità «complementare», che superi le attuali logiche di fondi di tipo A e B, con superamento della discriminazione fiscale per i lavoratori non dipendenti nell'accesso ai fondi di tipo B (che contano il 99,7% delle posizioni esistenti)
- 2) Scrivere regole dedicate per gli operatori della sanità integrativa (associazioni, fondazioni e SMS), con particolare riguardo alla composizione, professionalità e responsabilità degli organi di amministrazione e controllo. Il tutto provando a dare un ruolo effettivo e non di «retrobottega» alle compagnie di assicurazione (che assicurano una percentuale relevantissima delle posizioni sanitario complementari)
- 3) Una vigilanza organica, come avviene per il settore della previdenza complementare (COVIP) o della assicurazione (IVASS)

Cosa manca (tra l'altro)?

- 4) Regole di trasparenza e di tutela per gli iscritti (e.g. regole sulla raccolta delle adesioni, reclami, ...) tanto più quanto il piano sanitario sia «assicurato» e sottenda quindi una assicurazione (soluzione distribuibile solo da iscritti al RUI);
- 5) Disposizioni sulla redazione dei bilanci e sulla loro pubblicazione
- 6) Disciplina dell'investimento del patrimonio e sulla solvibilità
- 7) Ulteriori previsioni (e.g.) quali la non pignorabilità e sottoposizione a sequestro delle prestazioni in forma rimborsuale

In attesa di un quadro normativo completo, la compliance è comunque e forse ancora di più un esercizio complesso e necessario

Alcuni esempi:

- Valutazione delle possibili responsabilità personali per gli organi apicali (molte delle forme sanitarie sono in forma di associazione non riconosciuta con applicazione dell'art. 38 c.c.);
- Gestione della governance, per garantire stabilità nel controllo, evitando passaggi di controllo e stalli nella gestione
- Corretta relazione tra fonti istitutive e costitutive del fondo (in materia di previdenza complementare si ricorda la vicenda di adeguamento degli statuti a IORP II e i problemi che si sono registrati)
- Gestione dei contratti con i fornitori, in primis con le strutture convenzionate e le compagnie di assicurazione (es. trattamento del dato dei reclami e dei sinistri), nonché con gli iscritti. Il caso della responsabilità del fondo per errore della struttura convenzionata, ove non sia correttamente rappresentato e gestito il ruolo del fondo sanitario (parallelismo con legge Gelli). Altro tema rilevante, soprattutto in caso di operatività tramite compagnie di assicurazione, è quello che attiene alla gestione del dato, per finalità di costruzione di nuovi piani sanitari o loro affinamenti, e per verificare che la gestione sinistri e dei reclami tenda alla massima tutela della platea degli iscritti e delle imprese datrici di lavoro

Grazie per l'attenzione