



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Anagrafe Fondi Sanitari

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

AUDIZIONE DELLA XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA

Indagine conoscitiva in materia di Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale

Roma, 19 febbraio 2019

Andrea Urbani

1. L'Anagrafe dei Fondi sanitari

L'Anagrafe dei Fondi sanitari, istituita presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute ai sensi del DM 27 ottobre 2009, ogni anno rilascia, telematicamente, un attestato di iscrizione o di rinnovo dell'iscrizione ai "Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 502/92" (tipologia A) e agli "Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale" (tipologia B).

I Fondi Sanitari di tipologia A sono istituiti "al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN" e devono adottare politiche di non selezione dei rischi. Sono fondi che erogano prestazioni sanitarie aggiuntive e non garantite dal SSN (perciò al 100% prestazioni extraLEA, esclusivamente integrative), erogate da professionisti e strutture accreditate. Si tratta in genere di Fondi "aperti" a cui tutti possono accedere.

I Fondi Sanitari di tipologia B sono organismi che hanno piena libertà di azione, sancita dai propri statuti e regolamenti; pertanto possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei LEA, unicamente ai propri dipendenti (Fondi "chiusi") e, per l'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi sanitari, sono tenuti a dedicare almeno il 20% delle prestazioni erogate nell'anno, a precisi ambiti di assistenza: assistenza odontoiatrica, includendo anche le protesi; prestazioni sociosanitarie per le persone non autosufficienti, nonché prestazioni destinate al recupero di coloro che si trovano temporaneamente inabili al lavoro per causa di infortunio o malattia (per prestazioni possono essere intese, ad esempio sia gli ausili ai dispositivi medici che le cure termali).

Entrambe le tipologie di Fondi, entro il 31 luglio di ciascun anno, possono richiedere l'iscrizione, o il rinnovo dell'iscrizione, all'Anagrafe inviando, telematicamente, i documenti previsti dal citato decreto ministeriale (cfr. articolo 3: si tratta dell'atto costitutivo; del regolamento; del nomenclatore delle prestazioni garantite; del bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente e dello schema di modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare e la certificazione a firma del legale rappresentante prevista solo per i fondi di tipologia B). La Direzione generale rilascia l'attestato agli aventi diritto entro 90 giorni.

Il trattamento dei dati raccolti (che sono dati personali e commerciali dei soggetti giuridici che si iscrivono volontariamente all'Anagrafe) è consentito, ai sensi dell'articolo 4, comma 3, del suddetto DM 27 ottobre 2009, alla Direzione generale della programmazione sanitaria, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione di dati personali, nonché in conformità ai principi di proporzionalità, necessità e indispensabilità. Il successivo comma 5 del medesimo articolo 4 ulteriormente dispone che l'accesso ai predetti dati sia altresì consentito all'Agenzia delle entrate ai fini della verifica, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, delle certificazioni rese dal legale rappresentante degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni. I dati dell'anagrafe, infatti, sono stati sempre forniti in forma aggregata a coloro che ne hanno fatto richiesta per motivi di studio o esposti nei convegni e, attualmente, si attende il nulla osta del signor Ministro per la pubblicazione di un report.

La finalità dell'anagrafe è di censire i soggetti operanti come organismi di sanità integrativa e di individuare l'ammontare delle risorse che i Fondi sanitari impegnano per erogare le prestazioni extra LEA ai loro assistiti.

L'attestato che l'anagrafe rilascia, consente agli iscritti ai Fondi sanitari di beneficiare del trattamento fiscale agevolato. Per i fondi sanitari di tipologia A si applica l'art. 10 comma 1, lettera e-ter) e successive modifiche del Testo unico delle imposte dei redditi (TUIR D.P.R., 22/12/1986 n. 917), che consente la deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo di 3.615,20 euro e per quelli di tipologia B, che rispettano il tetto del 20%, si applica l'art. 51 comma 2, lettera a) del Testo unico delle imposte dei redditi (TUIR D.P.R., 22/12/1986 n. 917). Tale articolo normativo prevede lo sgravio contributivo annuo fino a

3.615,20 euro, ma purché la contribuzione sia avvenuta “in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale”.

Inoltre, la Legge di Stabilità per il 2016 ha previsto che il lavoratore dipendente privato possa scegliere di percepire una parte del proprio “premio di produzione” come prestazioni di c.d. welfare, ossia benefit principalmente nel campo dell’educazione, dell’istruzione e dell’assistenza sociosanitaria (ai sensi all’articolo 51 TUIR, commi 2 e 3). Qualora il lavoratore decida di esercitare tale opzione, gli importi convertiti non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente né sono soggetti all’aliquota sostitutiva agevolata del 10%. Successivamente, la Legge di Bilancio del 2017 è intervenuta anche in tale ambito, inserendo tra le opzioni dell’articolo 51 TUIR, comma 2, anche un ulteriore benefit avente per oggetto *la fruizione di servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti o il rischio di gravi patologie*. Il premio, quindi, può essere convertito, per scelta del lavoratore, anche in coperture relative alle *Long Term Care*.

Inoltre la Legge di Bilancio per il 2017 ha specificato che i premi di produttività, se convertiti in contribuzione ad un Fondo pensione o ad un Fondo sanitario, non solo non sono tassati con l’imposta sostitutiva del 10% ma non rientrano nel reddito del lavoratore anche nel caso in cui sfiorino il plafond di deducibilità previsto (3.615,20 euro per i Fondi sanitari).

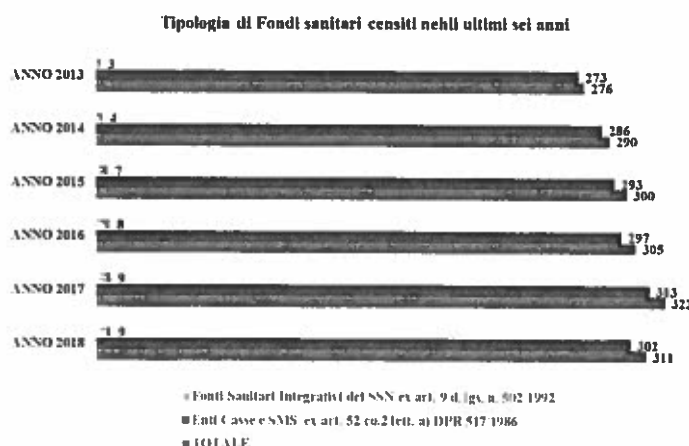
2. Sintesi dei principali dati dell’Anagrafe

I principali dati raccolti nel sistema NSIS ed elaborati dalla documentazione trasmessa dai fondi sono di seguito riportati.

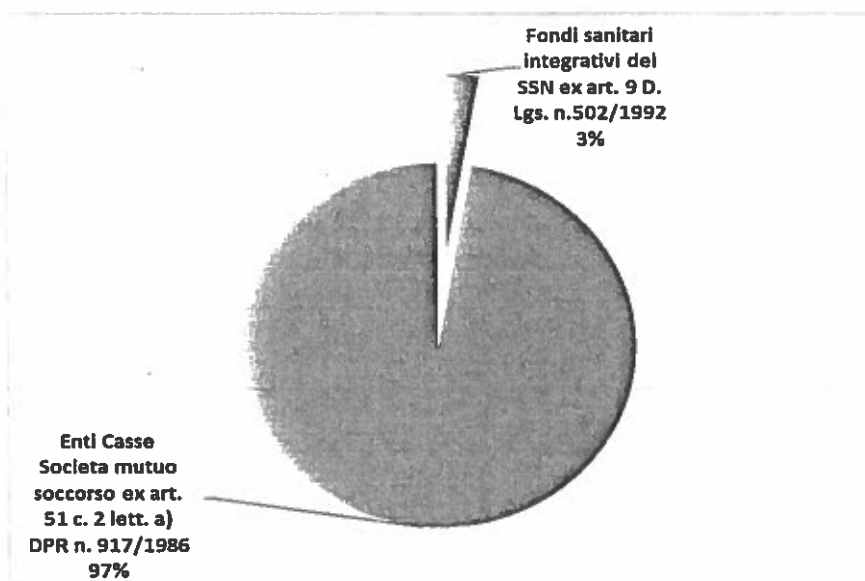
Dall’anno 2010 al 2018, il numero dei fondi attestati dall’anagrafe ha avuto lievi variazioni.



Il divario tra il numero dei fondi sanitari integrativi e gli enti, casse e società di mutuo soccorso, attestati nel corso degli anni, è sempre rimasto rilevante malgrado il lieve aumento del numero dei fondi integrativi di tipologia A.



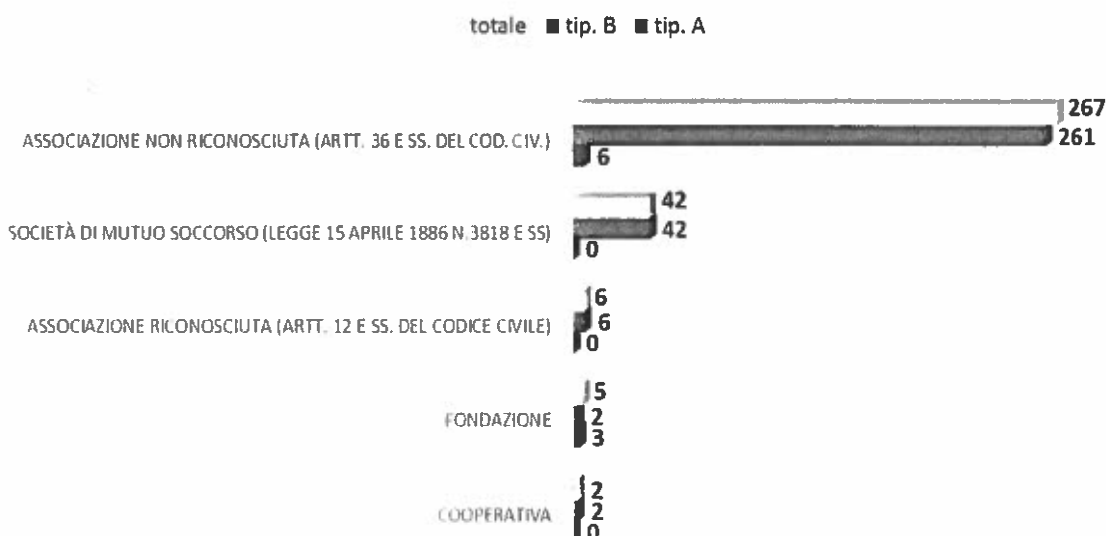
Si evidenzia che, in tutti gli anni di attività dell'anagrafe, sono stati censiti prevalentemente i fondi di tipologia B (enti, casse e società di mutuo soccorso). In particolare, negli anni 2017 e 2018 i fondi di tipologia B rappresentano il 97% dei fondi attestati.



Nell'anno 2017 sono stati 8 i fondi di tipologia A che hanno rinnovato l'iscrizione ed uno solo si è iscritto per la prima volta, mentre sono stati 301 i fondi di tipologia B che hanno rinnovato l'iscrizione e 12 si sono iscritti per il primo anno. Pertanto in totale, nell'anno 2017, i fondi che hanno rinnovato l'iscrizione all'anagrafe sono stati 309 e i fondi attestati per la prima volta sono stati 13.

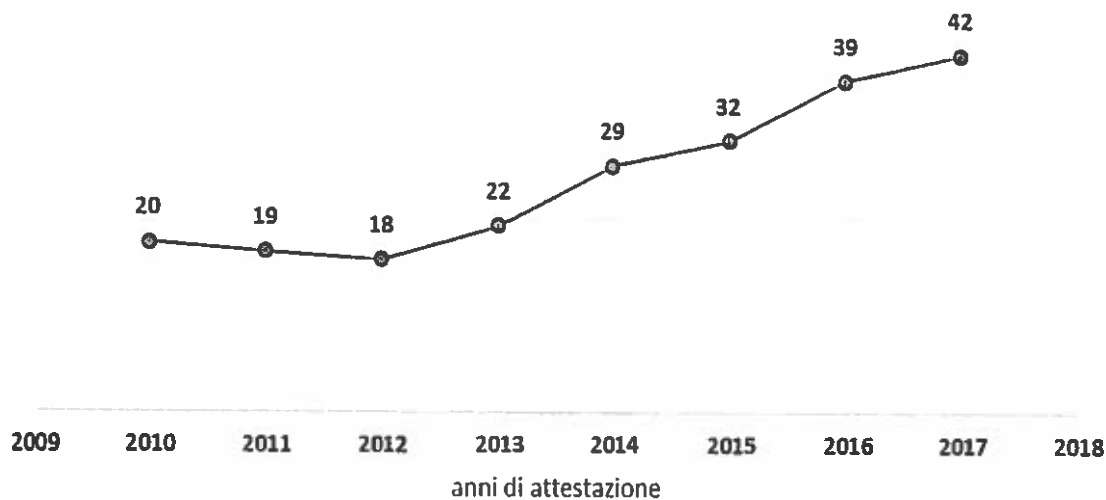
Dall'analisi della natura giuridica dichiarata dai Fondi sanitari nell'anno 2017 si rileva che la maggioranza sono associazioni non riconosciute.

Natura giuridica dei fondi sanitari attestati nell'anno 2017



In riferimento alle società di mutuo soccorso (che appartengono alla tipologia B e che sono regolamentate dalla legge 15 aprile 1886 n. 3818 e ss.), si rileva che il numero delle attestazioni sono aumentate dall'anno 2010 al 2017.

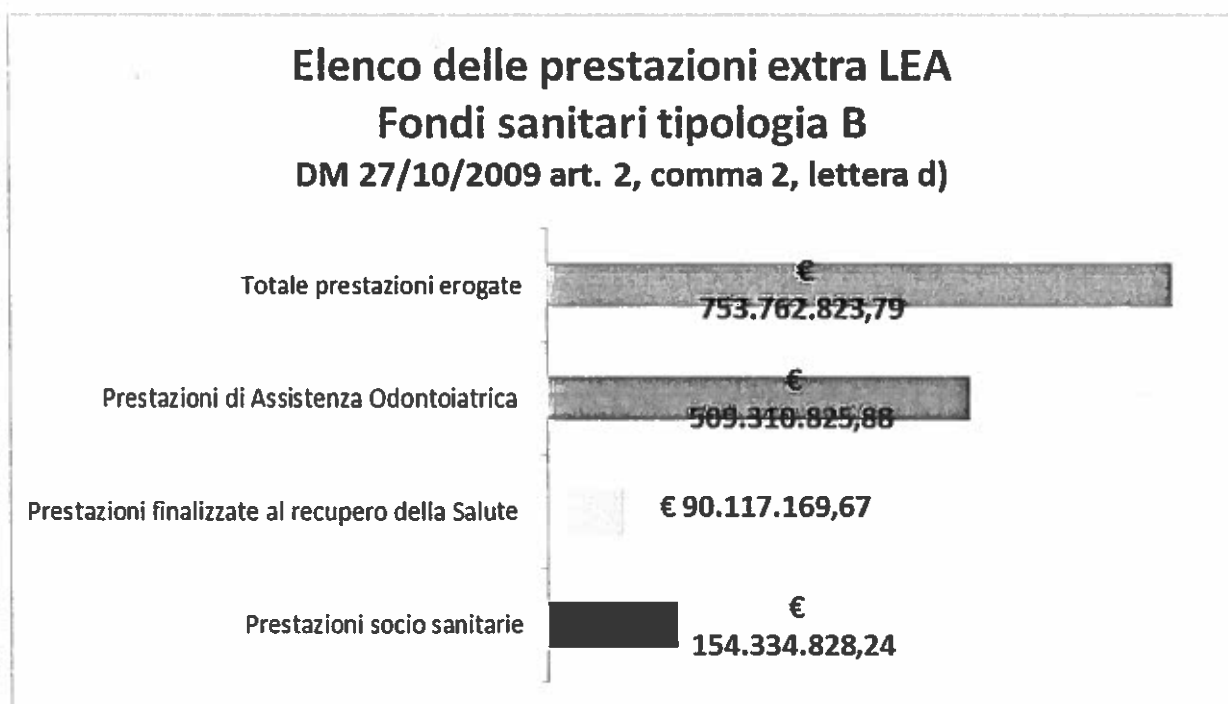
numero SMS attestate dall'istituzione dell'anagrafe



Nell'anno 2017, dati trasmessi con la certificazione a firma del legale rappresentante dagli enti, casse e società di mutuo soccorso hanno evidenziato un leggero, ma costato aumento delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni e del numero degli iscritti.

enti casse società di mutuo soccorso	anno di attestazione	anno fiscale di riferimento	totale dell'ammontare delle prestazioni sanitarie vincolate in €	totale delle risorse erogate agli iscritti per tutte le prestazioni in €	%	totale iscritti
313	2017	2016	753.762.824	2.328.328.385	38	10.605.308
297	2016	2015	694.092.843	2.242.215.085	31	9.145.336
293	2015	2014	682.448.936	2.159.808.946	32	7.493.179
286	2014	2013	690.892.884	2.111.730.229	33	6.913.373

In particolare, tra le prestazioni erogate ai sensi del DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d), per un totale di 753.762.824, prevale l'assistenza odontoiatrica.

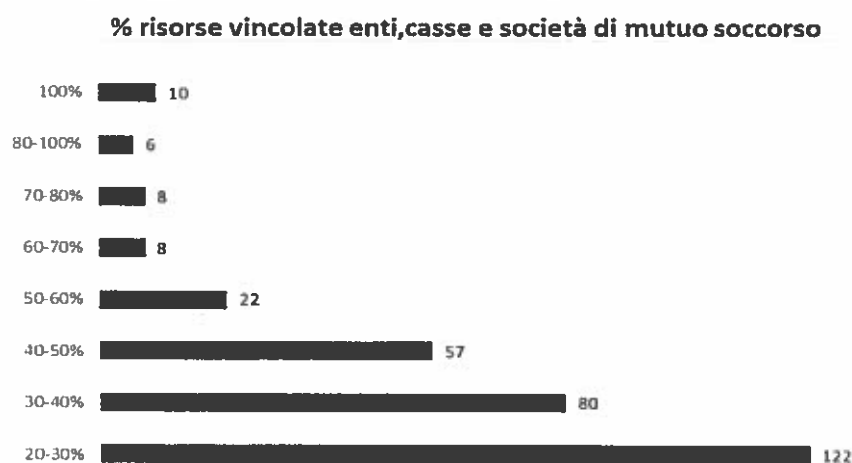


In riferimento alla diversa distribuzione delle risorse erogate dagli enti, casse società di mutuo soccorso per le quattro tipologie di prestazioni extra LEA, nell'anno fiscale 2016, si è rilevato che:

- Il 33% hanno svolto solo assistenza odontoiatrica (per un massimo di spesa di euro 3.044.667, un minimo di euro 36 e una media di euro 342.787).
- Il 19% hanno erogato prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 1.868.533 e un minimo di euro 176) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 13.235.514 e un minimo di euro 76).
- Il 18% hanno erogato tutte le prestazioni extra LEA previste dall'anagrafe: prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 6.339.500 e un minimo di euro 437), prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di euro 14.143.183 e un minimo di euro 250), prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 7.248.207 e un minimo di euro 100) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 30.587.575 e un minimo di euro 300).
- Il 12% hanno erogato prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di euro 9.426.832 e un minimo di euro 42), prestazioni finalizzate al recupero della salute 6.754.594 e un minimo di euro 465) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 37.001.669 e un minimo di euro 591).
- Il 7% hanno speso risorse per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 3.445.142 e un minimo di euro 1.888), prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 4.619.588 e un minimo di euro 13.419) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 23.583.885 e un minimo di euro 17.669).
- Il 5% hanno erogato solo prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di 2.069.600 e per un minimo di euro 2.789) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 17.870.537 e per un minimo di euro 34.5206).

- Il 3% hanno erogato solo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 373.756 e un minimo di euro 1.319) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 794.610 e un minimo di euro 2.093).
- Il 2% hanno erogato unicamente prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 33.624.562 e un minimo di euro 180).
- Un solo fondo sanitario ha erogato prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (euro 1.040.324) e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (euro 1.040.324), un altro ha erogato prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (euro 5.234.532) e prestazioni finalizzate al recupero della salute (euro 815.462) e un altro ancora ha erogato solo prestazioni finalizzate al recupero della salute (euro 19.790).

Dall'analisi delle percentuali delle risorse vincolate (rapporto tra le risorse erogate per tutte le prestazioni e quelle erogate per solo le prestazioni extra LEA), relativa ai 313 enti, casse e società di mutuo soccorso, si è rilevato che, nell'anno fiscale 2016, il valore massimo del 100% è presente in 10 fondi sanitari, quello minimo del 20% in 4 e la media si aggira intorno al 39%.

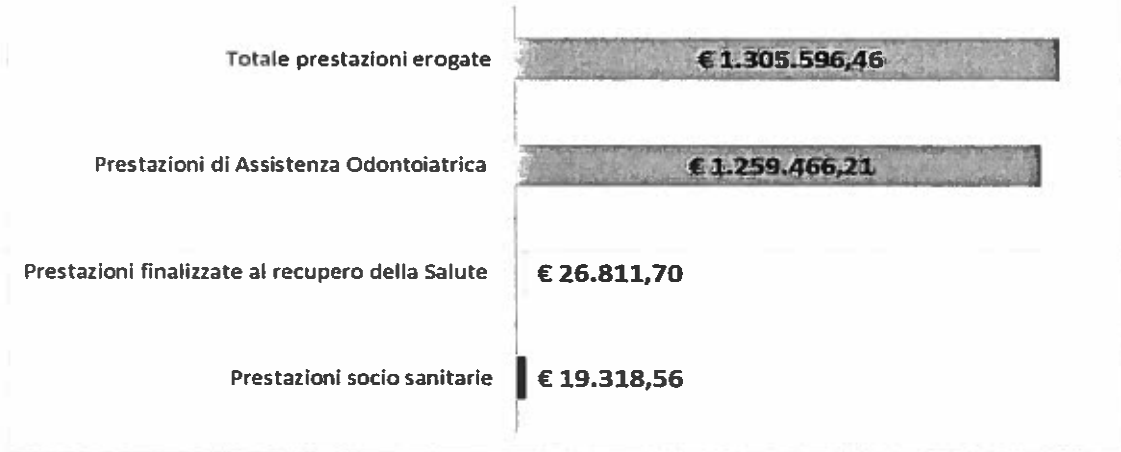


Per i fondi sanitari integrativi del SSN, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del Decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502, pur nella limitatezza dell'utilizzo di questa tipologia, si è rilevato, dai dati trasmessi nel sistema informativo anagrafe fondi e dichiarati negli ultimi due anni, un incremento negli ultimi due anni sia delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni, sia per il numero degli iscritti.

N° Fondi sanitari integrativi del SSN attestati	Anno di attestazione	Anno fiscale di riferimento	Totale risorse erogate agli iscritti in euro	Totale iscritti
9	2017	2016	1.305.596	11.097
8	2016	2015	1.243.485	9.156
7	2015	2014	77.051	645
4	2014	2013	51.013	811

In particolare, le prestazioni erogate ai sensi del DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d), per un totale di 1.305.596 di euro, si riferiscono quasi totalmente all'assistenza odontoiatrica.

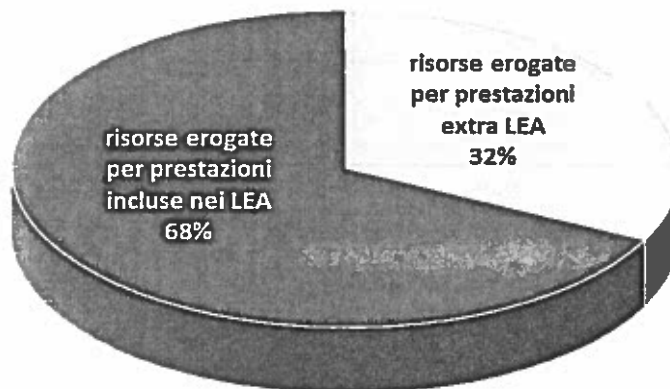
Elenco delle prestazioni extra LEA Fondi sanitari tipologia A DM 27/10/2009 art. 2, comma 2, lettera d)



In riferimento alla diversa distribuzione delle risorse erogate dai Fondi sanitari integrativi del SSN istituiti ai sensi del d.lgs. 502/92 per le quattro tipologie di prestazioni extra LEA, nell'anno fiscale 2016, si è rilevato che la quasi totalità delle risorse è dedicata alle prestazioni odontoiatriche. Molto più limitato è l'utilizzo delle risorse per erogare le altre tipologie di prestazioni extralea, quali le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni finalizzate al recupero della salute.

Tanto detto, si rileva che, nell'anno 2016, le risorse destinate per l'erogazione delle prestazioni extra LEA da parte dei fondi sanitari attestati dall'anagrafe (Fondi sanitari integrativi del SSN e enti, casse e società di mutuo soccorso) è stato di euro 755.068.420, mentre la spesa per le prestazioni incluse nei Lea è stata di euro 1.574.565.562.

Anno fiscale 2016 rapporto tra risorse erogate per prestazioni extra LEA e quelle incluse nei LEA



In riferimento al numero degli iscritti ai Fondi sanitari si rileva un incremento nel corso degli anni.

anno	n. fondi attestati	n. totale degli iscritti
2017	322	10.616.405
2016	305	9.154.492
2015	300	7.493.824

In particolare, nell'anno fiscale 2016 il totale dei lavoratori (dipendenti e non dipendenti) era di 7.754.349 e il totale dei familiari dei lavoratori (che rientravano quindi come iscritti ai Fondi sanitari) era di 2.160.704, mentre il numero dei pensionati e familiari dei pensionati era di 701.352. La percentuale delle diverse categorie degli iscritti ai Fondi attestati dall'anagrafe era distribuita in:

- 63% iscritti lavoratori dipendenti.
- 18% iscritti familiari lavoratori dipendenti.
- 10% iscritti lavoratori non dipendenti.
- 5% iscritti pensionati.
- 2% iscritti familiari dei pensionati
- 2% iscritti familiari lavoratori non dipendenti.

Si evidenzia, infine, che sia il fondo sanitario che nell'anno 2016 ha avuto il maggior numero degli iscritti, rispetto a tutti i fondi attestati dall'anagrafe nell'anno 2017, sia quello che ha erogato maggiori prestazioni (lea e extraLEA) e maggiori prestazioni extraLEA, sono fondi costituiti come associazione non riconosciuta con CCNL.

3. Primi risultati di una ricerca sugli elementi essenziali per la revisione del quadro normativo

La Direzione generale della programmazione, attualmente, sta svolgendo uno studio, in collaborazione con il centro di ricerca interdipartimentale per gli studi politico-costituzionali e di legislazione comparata "Giorgio Recchia" (C.R.I.S.P.E.L.) dell'Università degli Studi Roma Tre, che ha l'obiettivo di identificare gli elementi essenziali del regime giuridico applicabile ai fondi sanitari, al fine di verificare le modalità per l'attuazione della norma primaria che ne prevede una ulteriore e più specifica regolamentazione, ai sensi dell'art. 9, comma 8, del D.lgs. 502/92, tenuto conto dell'esigenza di assicurare un'idonea governance degli stessi, una sana e prudente gestione e un'adeguata trasparenza, a presidio degli interessi degli aderenti. I primi risultati dello studio hanno evidenziato che qualsiasi revisione della attuale disciplina dei fondi integrativi deve porsi nella prospettiva di adeguarli alla presenza di un Servizio pubblico connotato, oggi come 40 anni or sono, dai principi di universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi, della centralità della persona e globalità della copertura assistenziale. Non si tratta solo di ri-affermare una sorta di postulato ideologico ma di constatare come tutto il complesso della previdenza/assistenza integrativa non opera in un vuoto istituzionale ma vive nella relazione col dominante settore assistenziale pubblico. Per altro verso, l'assenza di obiettivi riscontri circa i positivi effetti della presenza di una assistenza complementare a quella

pubblica sia in termini di contenimento dei costi per quest'ultima che di mitigazione della domanda (e della correlata spesa) che ad essa si indirizza ovvero addirittura di supplenza nelle ipotesi di carenze del servizio pubblico, induce a proposte ispirate ad estrema prudenza e volte a perseguirne più la complementarità (beni e servizi non contemplati nella copertura pubblica e riguardare un "mercato" separato) che la sovrapposizione delle prestazioni assicurate dal SSN. Invero non si può non considerare che nell'erogazione dell'assistenza complementare in esame un concorso della "spesa pubblica" c'è, almeno nei termini di un attenuato introito di risorse nell'ambito della fiscalità generale (su cui gravano i costi delle erogate dal SSN) per i correlati benefici fiscali concessi a chi si avvale (anche) della copertura sanitaria volontaria. In questa prospettiva di "coabitazione tra assistenza pubblica e privata" i fondi sanitari, superata l'attuale dicotomia doc e non doc così da consentire a chiunque, a prescindere dalla condizione di lavoratore subordinato, di aderirvi anche direttamente, per continuare a ricevere un beneficio fiscale che si immagina possa permanere con le caratteristiche di quello previsto dall'art. 51, comma 2, lett. a) del. TUIR, dovrebbero caratterizzarsi per il perseguimento di finalità non lucrative e solidaristiche, assumere una regolazione volta a recuperare, sul versante sia costitutivo che su quello regolativo dell'accesso alle prestazioni, le indicazioni del vigente art. 9, comma 3 del d. lgs. n. 502/1992 sulla non selettività, sulla libertà di accesso e sul divieto di recesso unilaterale (del fondo per sopravvenuta eccessiva onerosità) a cui aggiungere l'estensione ai familiari fiscalmente a carico della copertura e la prosecuzione di questa alla cessazione dell'attività lavorativa. Essi potrebbero proporsi come una sorta di presidio aggiuntivo e complementare del nostro sistema di "sicurezza sociosanitaria" sfruttando le opportunità derivanti dalla maggiore forza contrattuale dell'aggregazione per ottenere ai propri aderenti condizioni migliori per chi usufruisce dei servizi sanitari e sociali e l'accesso ai vantaggi della mutualità e della solidarietà agli esposti ad un rischio. Sul versante invece delle prestazioni erogabili, tendenzialmente libero (come nei fondi non doc - tipologia B dell'anagrafe) e quindi capace di erogare prestazioni anche duplicative di quelle dei LEA, dovrebbero essere estese ai fondi due condizioni dettate dal Legislatore per le prestazioni erogabili dal SSN: avere ad oggetto quelle con evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, e tra queste (scegliere) quelle appropriate (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia alle modalità di erogazione delle prestazioni). Si potrebbero poi prevedere due aree d'intervento necessitate (e quindi predefinite) dei Fondi, di varia ampiezza, condizionanti l'accesso/permanenza al beneficio fiscale. Una prima area sostitutiva/integrativa delle prestazioni LEA dove le strutture pubbliche (o private accreditate) sono le uniche interlocutrici del Fondo (es. ticket, oneri accesso all'intramoenia, ricoveri in regime di solvenza, servizi alberghieri connessi a ricoveri nell'ambito delle prestazioni del SSN, spese relative alla mobilità interregionale, scelta dell'operatore sanitario nell'ambito delle strutture del SSN, oneri connessi ad una straordinaria flessibilità nelle modalità/tempi di erogazione della prestazione, ecc.). In questo caso l'obiettivo è di dirigere le risorse (aggiuntive) del Fondo verso le strutture del SSN al fine di promuoverne un più agevole accesso ed il loro pieno godimento nonché, mercè la gestione da parte delle ricordate strutture pubbliche od assimilate, conseguire una ricaduta indiretta positiva delle stesse anche su coloro che non godono della copertura aggiuntiva (che il Fondo stesso assicura ai propri aderenti) poiché quello che rimane dedotte le spese vive per le prestazioni erogate può essere messo a disposizione di tutti gli utenti degli erogatori pubblici. Nell'ambito dell'altra area di intervento, aggiuntiva e complementare, ma che non vede nelle strutture del servizio pubblico il necessario erogatore delle prestazioni stesse, il Fondo dovrebbe essere indotto a farsi carico di prestazioni non contemplate nei LEA ma a queste strettamente legate: si pensi a prestazioni/attività dell'area della prevenzione e diagnosi precoce delle patologie evitabili e/o a maggiore diffusione, alla promozione di stili di vita, importanti deterrenti all'insorgere di patologie, agli oneri per l'assistenza farmaceutica in fascia C, all'assistenza odontoiatrica non a carico del SSN, alla riabilitazione e alle prestazioni sia sociali che sanitarie. Nell'ambito di queste ultime dovrebbero trovare particolare attenzione le prestazioni non erogate dal SSN o dai Comuni riconducibili: alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite: art. 3-septies, comma 2, lett. a), d.lgs. 502/1992), a quelle sociali a rilevanza sanitaria (con l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o emarginazione

condizionanti lo stato di salute: art. 3-septies, comma 2, lett. b), d.lgs. 502/1992) ed infine le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative (art. 3-septies, comma 4, d.lgs. 502/1992). Vi sono, come si vede, spazi importanti per prestazioni aggiuntive rispetto a quelle del Servizio pubblico (sanitario e sociale) ove è facile prevedere un incremento della domanda da parte di una popolazione che ha raggiunto importanti traguardi di longevità ed ove è utile potere disporre di ulteriori risorse (non pubbliche) da considerare nella programmazione regionale dei relativi interventi in vista di auspiccate sinergie dando così vita ad “un Secondo Pilastro Sanitario ancillare ed aperto a tutti i cittadini”.

Nel riordino della regolamentazione, si dovranno prevedere per l’anagrafe maggiori modalità di controllo e verifica.

PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO

- Art. 46 “Mutualità volontaria” della legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del Servizio sanitario nazionale”.
- Art. 9 “Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale” del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.
- Art. 26 “Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali” della legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- Decreto ministeriale (Ministero della salute) 31 marzo 2008 “Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali”.
- Decreto ministeriale (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali) 27 ottobre 2009 “Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale”.

- Normativa fiscale
- Articolo 10 “Oneri deducibili”, comma 1, lettera *e-ter* e articolo 51 “Determinazione del reddito di lavoro dipendente”, comma 2, lettere *a)*, *f-ter*, *f-quater* del DPR n. 917 del 22 dicembre 1986 di approvazione del Testo unico delle imposte sui redditi (TUIR); articoli modificati, per gli aspetti di interesse, dalle seguenti leggi:
 - Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008);
 - Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016);
 - Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio del 2017).