

**ORDINE DEGLI ATTUARI**  
**COMMISSIONE FONDI SANITARI**

**Fondi Sanitari**

**Regole applicative dei principi attuariali  
e Linee guida per le valutazioni**

# INDICE

<b>1. PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>2. LA PLATEA DI RIFERIMENTO</b> .....	<b>4</b>
<b>3. IL QUADRO NORMATIVO</b> .....	<b>4</b>
<b>4. TIPOLOGIA DELLE VALUTAZIONI ATTUARIALI</b> .....	<b>5</b>
4.1 ANALISI DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAL FONDO .....	6
4.2 LE BASI TECNICHE .....	6
4.3 BILANCIO TECNICO.....	9
4.4 VALUTAZIONI SECONDO I PRINCIPI CONTABILI INTERNAZIONALI .....	11
4.5 DEFINIZIONE DEGLI ASPETTI ECONOMICI DEL PIANO SANITARIO.....	11
4.5.1 COSTRUZIONE DEI LIVELLI DI CONTRIBUTO.....	11
4.5.2 METODOLOGIE UTILIZZABILI .....	12
4.6 LA PREVISIONE DI ACCANTONAMENTI TECNICI .....	13
4.6.1 ACCANTONAMENTI TECNICI PER GARANZIE A RIPARTIZIONE.....	13
4.6.2 ACCANTONAMENTI TECNICI PER LA GARANZIA DI NON AUTOSUFFICIENZA A CAPITALIZZAZIONE .....	15
4.7 ANALISI DI SENSITIVITÀ.....	15
4.8 VALUTAZIONI RELATIVE A VARIANTI NORMATIVE .....	15
4.9 PRESTAZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA A CAPITALIZZAZIONE: ANALISI DEGLI IMPEGNI ASSUNTI E DEI FLUSSI DI PASSIVITÀ .....	16
4.10 ANALISI DI ESPERIENZA .....	16
<b>5. RELAZIONE TECNICA</b> .....	<b>16</b>
<b>6. RAPPRESENTAZIONE DELLE POSTE TECNICHE NEI DOCUMENTI CONTABILI</b> .....	<b>18</b>
<b>7. SCHEMA DI CALCOLO DELLA SOGLIA DELLE PRESTAZIONI VINCOLATE</b> .....	<b>19</b>
<b>ALLEGATI</b> .....	<b>20</b>
ALLEGATO 1: IL VIGENTE IMPIANTO NORMATIVO DELL'ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE..	21
ALLEGATO 2: LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA).....	28
ALLEGATO 3: STUDI ATTUARIALI SULLE BASI TECNICHE RELATIVI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA ...	31
ALLEGATO 4: PRINCIPALI FONTI DI DATI ED INFORMAZIONI.....	32

# Fondi Sanitari

## Regole applicative dei principi attuariali e Linee guida per le valutazioni

\*\*\*\*\*

### 1. Premessa

Il presente documento contiene le *Linee Guida* e definisce le *regole applicative dei principi attuariali* cui l'Attuario, nel rispetto delle norme deontologiche, deve far riferimento nello svolgimento dell'attività professionale nell'ambito delle valutazioni che interessano i Fondi Sanitari, fornendo nel contempo un riferimento operativo e normativo del comparto.

Per lo svolgimento delle funzioni attuariali indicate nel presente documento, l'Attuario deve richiedere le necessarie informazioni aziendali, ivi comprese quelle riguardanti le iniziative del Fondo per il quale svolge la funzione attuariale stessa, relativamente alle operazioni di suo interesse. La conoscenza della realtà aziendale è indispensabile per l'Attuario per individuare gli strumenti più idonei allo svolgimento della propria attività.

Per poter svolgere la propria attività professionale, l'Attuario dovrà tener conto del quadro normativo e fiscale nel quale si inserisce il problema in esame. Nel caso dei Fondi Sanitari, il dato normativo è particolarmente importante per fornirne una opportuna rappresentazione a più livelli. Tale tema viene illustrato in una sezione separata del documento (Allegato 1) che costituisce parte integrante delle Linee Guida.

Nella conduzione del proprio incarico professionale, l'Attuario dovrà prestare particolare attenzione nell'informare il cliente sulle conseguenze economiche derivanti da eventi estremi e non.

Tale eventualità potrebbe presentarsi con maggiore frequenza o con maggiore impatto qualora l'Attuario si trovi ad operare con informazioni limitate o di scarsa qualità, connesse ai rischi assunti o che il Fondo Sanitario intende assumere.

E' opportuno che l'Attuario sia in grado di rendere il cliente consapevole delle potenziali perdite del Fondo in caso di scenari avversi, consentendo al Fondo stesso di accantonare le risorse adeguate, oppure di valutare scelte differenti o alternative.

Per poter svolgere compiutamente tale compito informativo, l'Attuario adotterà gli opportuni strumenti tecnici scelti con perizia e diligenza, dandone evidenza nella relazione tecnica.

## **2. La platea di riferimento**

Allo stato, la platea delle forme che erogano prestazioni di assistenza sanitaria complementare (nel seguito, "Fondi Sanitari") si presenta ampia e diversificata.

### **i) Forme di assistenza sanitaria costituite ai sensi di accordi collettivi ex art. 51 TUIR (lavoratori dipendenti). Possono essere articolate:**

- in relazione alla forma di gestione:
  - forme autogestite che assicurano in proprio la copertura sanitaria (nel seguito "Fondi autogestiti");
  - forme a gestione convenzionata: che affidano, in tutto o in parte, la gestione della copertura sanitaria a compagnie di assicurazione, Società di Mutuo soccorso, altri Fondi (nel seguito, "Fondi a gestione convenzionata");
- in relazione alla platea dei destinatari:
  - di categoria;
  - di gruppo o azienda;
  - territoriali;
  - pluriaziendali: nell'ambito di un medesimo soggetto, sussiste una pluralità di gestioni assistenziali rivolte a varie collettività, ciascuna risalente a diverse fonti istitutive (in particolare accordi collettivi).

In ciascuna di tali fattispecie è possibile la presenza di un unico accordo o di più accordi in relazione alla qualifica dei lavoratori interessati e/o in base alla mera volontà dei singoli individui.

### **ii) Forme di assistenza sanitaria non costituite ai sensi dell'art. 51 TUIR:**

- forme per lavoratori autonomi: autogestite o convenzionate;
- forme aperte all'adesione individuale dei singoli non costituite ai sensi di accordi collettivi.

### **iii) Società di Mutuo soccorso.**

## **3. Il quadro normativo**

Rinviando all'Allegato 1 per una più compiuta disamina dell'assetto regolamentare che presiede al funzionamento dei Fondi Sanitari, ci si limita qui a ricordare come il quadro normativo del comparto dell'assistenza sanitaria complementare - con particolare riferimento alla definizione degli ambiti di operatività e in materia di vigilanza - sia stato significativamente innovato dai seguenti provvedimenti legislativi:

- l. 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per l'anno 2008, art. 1, c. 197);
- decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 (c.d. "Decreto Turco");
- decreto del Ministro del Lavoro e della Salute del 27 ottobre 2009 (c.d. "Decreto Sacconi").

Un ulteriore e importante contributo al perfezionamento della disciplina di settore è stato inoltre fornito dal Ministero della Salute in risposta a quesiti presentati da Associazioni del comparto o comunque interessate alla tematica.

#### **4. Tipologia delle valutazioni attuariali**

Per la definizione delle principali valutazioni di competenza dell'Attuario nell'ambito dei Fondi Sanitari, occorre preliminarmente sottolineare come i Fondi in parola erogano, di prassi, le seguenti tipologie di prestazioni:

- di assistenza sanitaria di tipo classico, la cui erogazione si esaurisce di regola nel breve periodo, finanziate in base al criterio della ripartizione;
- di non autosufficienza finanziate in base al criterio della ripartizione, erogate sotto forma di rimborso spese o rimborso forfetario (nel seguito indicate come "prestazioni di non autosufficienza a ripartizione");
- di non autosufficienza (Long term care) finanziate in base al criterio della capitalizzazione collettiva o individuale che prevedono la corresponsione di prestazioni in forma di rendita o di rimborso spese dal momento del sinistro (manifestarsi della non autosufficienza) sino alla fine della vita dell'individuo o sino all'esaurimento di un plafond rappresentato dal montante delle contribuzioni versate;
- a carattere sociale/indennitario finanziate in base al criterio della ripartizione.

Nei casi in cui è adottato il finanziamento secondo il criterio della ripartizione, è comunque opportuno prevedere accantonamenti tecnici volti alla copertura di eventi catastrofali e/o allo slittamento del momento del pagamento della prestazione (in ambito assicurativo c.d. riserva premi e riserva sinistri). Laddove invece è previsto il criterio della capitalizzazione, dovranno prevedersi vere e proprie riserve matematiche analogamente alla metodologia in uso per i fondi pensione.

Le presenti linee guida sono state elaborate tenendo quindi conto della rilevanza che la menzionata distinzione assume con riferimento alle valutazioni attuariali, evidenziando, laddove necessario, le indicazioni specifiche per la copertura di non autosufficienza a capitalizzazione.

Le principali valutazioni attuariali che interessano i Fondi Sanitari possono quindi ricondursi a:

1. individuazione delle basi tecniche da adottare secondo le diverse tipologie di fondo, prestazioni e valutazioni stesse;
2. compilazione del bilancio tecnico, la previsione dei flussi annui delle entrate e delle uscite;
3. valutazione delle passività relative a prestazioni sanitarie secondo i principi contabili internazionali (IAS/IFRS, US GAAP)
4. definizione degli aspetti economici del piano sanitario: costruzione dei livelli di contributo/prestazioni idonei a consentire l'equilibrio del piano stesso;
5. determinazione degli accantonamenti di natura tecnica;
6. analisi di sensitività e di esperienza riferibili a tutte le tipologie di cui ai punti precedenti;
7. valutazioni relative a varianti della normativa, sia a livello nazionale sia a livello di regolamento/nomenclatore;

8. con riferimento alla sola copertura di non autosufficienza a capitalizzazione, se gestita direttamente dal Fondo, analisi degli impegni assunti e dei flussi delle passività e scelte d'investimento (ALM - Asset Liability Management).

#### Iter procedurale

Le valutazioni attuariali necessitano, in linea di massima, dei seguenti passi operativi:

- predisposizione del piano di lavoro, definizione delle metodologie e dei programmi di calcolo;
- raccolta dei dati di base, analisi e controllo degli stessi;
- analisi delle prestazioni erogate dal fondo;
- definizione del sistema di basi tecniche di natura demografica, economica e finanziaria;
- elaborazione delle previsioni;
- analisi dei risultati;
- analisi di sensitività (stress-test);
- relazione tecnica.

#### **4.1 Analisi delle prestazioni erogate dal fondo**

In via preliminare dovrebbe essere effettuata la mappatura delle prestazioni contemplate dal nomenclatore, corredata da un'analisi statistica delle grandezze economiche relative alle prestazioni erogate, evidenziando quelle prestazioni che saranno oggetto di valutazione attuariale.

#### **4.2 Le basi tecniche**

Le valutazioni attuariali relative a Fondi Sanitari presuppongono l'utilizzo delle seguenti basi tecniche:

- demografiche: tassi di utilizzo (frequenze), tavole di mortalità, probabilità di eliminazione per cause diverse, probabilità di avere famiglia e composizione dei nuclei familiari, probabilità di passaggio;
- economico-finanziarie: tavole di morbidità, tassi d'inflazione delle prestazioni sanitarie.

Laddove i dati siano disponibili e consistenti, il calcolo delle frequenze di utilizzo e del costo medio delle prestazioni potrà, a discrezione dell'attuario, essere effettuato per ogni tipologia di prestazione o gruppo omogeneo di prestazioni erogate dal fondo (ticket, prestazioni odontoiatriche, visite specialistiche, ecc...) distinguendo eventualmente per sesso e per età ovvero per altra caratteristica del fondo.

#### Basi demografiche

Per la scelta delle basi tecniche di natura demografica - frequenze dei sinistri (ricorso alle prestazioni), previsioni sui nuovi ingressi, probabilità di eliminazione per le diverse possibili cause (con particolare riferimento alle tavole di mortalità), passaggi di categoria o da attivo a pensionato (ove interessino), probabilità di aver famiglia e relativa composizione media (ove interessino), etc. - si sottolinea l'opportunità di far

riferimento alle esperienze proprie della collettività cui si rivolgono le valutazioni. Qualora tali esperienze non siano disponibili o risultino scarsamente significative, sarà giustificato l'uso o l'adattamento di osservazioni condotte nell'ambito di altre popolazioni comunque in qualche modo assimilabili a quella oggetto di valutazione.

Tavole di mortalità: si raccomanda di fare ricorso a tavole di mortalità "proiettate", allo scopo di limitare il rischio di longevità (frequenze di eliminazione effettive significativamente inferiori a quelle teoriche) e quindi di disavanzi di gestione che ricadrebbero sulle ultime generazioni di assistiti. Nella scelta del criterio di proiezione dei tassi di mortalità il professionista avrà cura di:

- adottare modelli rigorosi e ragionevoli;
- basare le proiezioni su dati desunti da rilevazioni statistiche condotte dall'ISTAT o altro qualificato organismo e dalla popolazione del Fondo;
- scegliere il periodo massimo di proiezione in base all'ampiezza della serie storica disponibile;
- ove i dati disponibili lo consentano, effettuare un'analisi per generazioni.

Previsione di eventuali ingressi futuri: occorrerà tener conto delle prospettive di sviluppo della collettività in esame, facendo anche eventuale riferimento alle tendenziali linee evolutive delle forze lavoro del settore interessato. Fermo restando l'impegno ad effettuare la suddetta previsione sulla base di dati affidabili, in mancanza di significativi elementi di giudizio (per irregolarità dei dati o altre problematiche strutturali), si potrà assumere l'ipotesi di futura invarianza numerica e/o compositiva della collettività censita alla data di valutazione corredata da analisi di sensitività (v. infra) per valutare l'impatto di scenari particolarmente sfavorevoli.

Basi tecniche relative alla non autosufficienza: particolare attenzione e prudenza devono essere poste nella scelta e nell'aggiornamento delle probabilità di entrare nello stato di non autosufficienza e dei tassi di mortalità dei soggetti non autosufficienti.

Allo stato attuale, esiste un'unica indagine nazionale che rileva la presenza della non autosufficienza (o disabilità) tra la popolazione italiana ed è costituita dall'indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (effettuata esclusivamente negli anni 1991, 1994, 1999, 2005). Tale indagine, tuttavia, non fornisce alcuna informazione sulla mortalità della popolazione non autosufficiente.

A ciò si aggiunga che non esistono, in Italia, indagini specifiche del fenomeno sulla popolazione assicurata e manca una definizione univoca di non autosufficienza, che attualmente è quindi interpretata in maniera differente sia da Istituzioni e Servizi pubblici (Inps, Inail, Nuclei di valutazione delle Asl, etc.) che da imprese di assicurazione che offrono coperture di tipo LTC.

A titolo indicativo, nell'All. 3 sono riportati alcuni studi attuariali sulle basi tecniche relative alla non autosufficienza ai quali poter fare riferimento.

#### Basi economico-finanziarie

Le basi tecniche economiche e finanziarie riguardano essenzialmente:

- tavole di morbidity;
- ipotesi circa l'andamento dell'inflazione sanitaria;
- ipotesi di sviluppo delle retribuzioni (grandezze macroeconomiche);
- tasso di rendimento del patrimonio (per fondi che coprono direttamente il rischio di non autosufficienza finanziato in base al criterio della capitalizzazione).

Tavole di morbidity: sulla base dei dati relativi alle prestazioni (pagate e/o riservate) viene determinato il costo medio per ciascun assistito in un congruo periodo di tempo prendendo anche in considerazione l'inflazione sanitaria.

I costi medi per età e sesso dovrebbero essere perequati mediante medie mobili o funzioni analitiche.

Andamento dell'inflazione sanitaria. L'inflazione sanitaria dipende essenzialmente dalle caratteristiche del Fondo stesso (nomenclatore, modalità di erogazione delle prestazioni, tipologia della rete sanitaria fornitrice di servizi, ecc). Per tale motivo occorre far riferimento ai dati del Fondo stesso sull'andamento dei costi.

Sviluppo delle retribuzioni. Lo sviluppo delle retribuzioni (o redditi da lavoro autonomo), dipende sia da fattori di carattere generale, riconducibili alla naturale dinamica del quadro politico, sociale ed economico, sia da vicende individuali (es.: promozioni per i lavoratori dipendenti, allargamento/contrazione di attività per i lavoratori autonomi); queste ultime danno luogo, distintamente per categoria o gruppo omogeneo, a "linee" evolutive (medie) in funzione dell'anzianità lavorativa e/o dell'età.

Indici macro-economici (tasso di inflazione, variazione del PIL, etc.): occorre fare riferimento a dati ufficiali consuntivi o di previsione elaborati dal Governo, ed in particolare:

- per le previsioni di lungo periodo, si può far riferimento, in analogia con quanto previsto per l'individuazione di parametri per la redazione dei bilanci tecnici degli enti gestori di forme di previdenza obbligatoria dalla Conferenza dei Servizi tra il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, al documento della Ragioneria Generale dello Stato: "Le tendenze di medio lungo-periodo del sistema pensionistico e socio sanitario, previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato".
- per le previsioni di breve periodo, si ritiene necessario utilizzare il più recente documento di finanza pubblica elaborato dal Governo (DPEF o RPP). Particolare attenzione deve essere riposta sui valori programmati del tasso di inflazione e di variazione del PIL nel breve periodo contenuti nei documenti di finanza pubblica, in quanto potrebbe rendersi necessaria una loro rettifica in funzione dei valori tendenziali.

Le assunzioni dovranno comunque definire un sistema di ipotesi evolutive prudenziale, coerente e plausibile.

Tasso di rendimento del patrimonio al netto degli oneri gestionali e fiscali. Deve essere individuato sulla base del rendimento medio realizzato nell'ultimo quinquennio, delle condizioni del mercato finanziario, nonché di quanto previsto negli eventuali piani di investimento del Fondo, programmati o già in atto.



Qualsiasi scelta diversa da quella indicata deve essere adeguatamente motivata dall'Attuario nell'ambito della relazione tecnica.

### **4.3 Bilancio tecnico**

Si raccomanda l'utilizzo di metodologie di calcolo che permettano l'esposizione dei risultati, secondo gli schemi di seguito prospettati, sia in forma sintetica – ossia attraverso il confronto tra le voci attive (patrimonio iniziale e future entrate contributive) e passive (oneri maturati e latenti) della gestione - sia analitica, evidenziando, per ogni singola tipologia di prestazione, il livello di contributo e le relative componenti.

In particolare dovranno avere evidenza separata i contributi destinati al finanziamento delle c.d. "prestazioni vincolate" ai sensi del d. m. 27 ottobre 2009 e i relativi oneri; ciò al fine di consentire di verificare il rispetto della soglia del 20% che costituisce il requisito per la deducibilità del contributo stesso.

Circa gli schemi da adottare assume rilevanza la distinzione già evocata fra tipologie di prestazione. Nel seguito si espongono quindi uno schema riferito, in particolare, alle prestazioni a ripartizione (Schema esemplificativo 1) e uno relativo esclusivamente alle prestazioni di non autosufficienza a capitalizzazione (Schema esemplificativo 2).

Al riguardo si precisa che lo Schema 1 può essere adottato sia con riferimento ad un fondo autogestito sia ad un fondo totalmente o parzialmente convenzionato, poiché contempla fra le uscite sia le spese direttamente sostenute per l'erogazione delle prestazioni sia i premi versati ad un eventuale soggetto gestore. Lo schema trova piena applicazione nell'ambito dei Fondi Sanitari a gestione convenzionata anche per le prestazioni di non autosufficienza a capitalizzazione, poiché in tal caso il Fondo non richiede specifici accantonamenti tecnici e il costo della prestazione coincide, annualmente, con il contributo pagato all'Ente gestore per la copertura della non autosufficienza stessa.

Lo Schema 2 – congiuntamente al quale va comunque presentato un prospetto analogo allo Schema 1, come opportuna integrazione informativa - è invece riservato all'esposizione sintetica della valutazione delle prestazioni di non autosufficienza a capitalizzazione gestite direttamente dal Fondo e riporta i risultati di un separato bilancio tecnico relativo esclusivamente a dette prestazioni.

Un'ultima differenziazione riguarda il periodo considerato nelle valutazioni.

Nel caso delle prestazioni a ripartizione si ritiene che, per consentire un'attendibile valutazione della gestione tecnica del Fondo, debba prendersi in considerazione un intervallo temporale non inferiore a 3 anni.

Per quanto riguarda le prestazioni di non autosufficienza a capitalizzazione - il cui periodo di effettiva valutazione è necessariamente quello totale contemplato dalla garanzia prestata ai singoli soggetti - l'esposizione analitica della proiezione annuale analoga allo Schema 1 può rendersi necessaria per un periodo molto superiore affinché se ne possano ottenere corrette informazioni per la programmazione degli investimenti e il controllo della liquidità e della copertura degli impegni.

Schema esemplificativo 1

**BILANCIO TECNICO DI FONDO SANITARIO  
PRESTAZIONI A RIPARTIZIONE**

(analogo prospetto separato solo per prestazioni di non autosufficienza a capitalizzazione gestite direttamente)

<i>Da valutare l'opportunità di redigere prospetti distinti per tipologie di prestazioni e/o un unico prospetto complessivo.</i>		Anno			
		T	t+1	...	t+N
<b>PATRIMONIO<sup>1</sup> all'1/1</b>	a				
<b>ENTRATE</b>	b				
Contributi <sup>1</sup>	b1				
Altre entrate	b2				
- Rendimenti finanziari <sup>1</sup>	b2.1				
- Altro	b2.2				
<b>USCITE</b>	c				
Premi assicurativi versati <sup>2</sup>	c1				
Prestazioni <sup>3</sup>	c2				
- Erogate	c2.1				
- Da erogare	c2.2				
Accantonamenti tecnici	c3				
- Alle riserve (esclusi importi c2.2)	c3.1				
- Altro	c3.2				
Spese di gestione	c4				
- Interne di funzionamento	c4.1				
- Servizi esterni	c4.2				
<b>SALDO GESTIONE ASSISTENZIALE</b>	$d = b1 - (c1 + c2 + c3)$				
<b>SALDO TOTALE</b>	$e = b - c$				
<b>PATRIMONIO<sup>1</sup> al 31/12</b>	$f = a + e$				

1. Escluse poste destinate alla copertura di prestazioni di non autosufficienza finanziate a capitalizzazione.
2. Compresi i premi versati a soggetti esterni per copertura di prestazioni, incluse prestazioni di non autosufficienza.
3. Escluse prestazioni di non autosufficienza finanziate a capitalizzazione.

## Schema esemplificativo 2

### **BILANCIO TECNICO DI FONDO SANITARIO PRESTAZIONI DI NON AUTOSUFFICENZA A CAPITALIZZAZIONE GESTITE DIRETTAMENTE**

(non riguarda le prestazioni di non autosufficienza garantite  
attraverso convenzioni con altri soggetti)

<i>Il prospetto può essere utilmente integrato da una proiezione annuale analoga, con i dovuti adattamenti, a quella rappresentata nello Schema esemplificativo 1</i>	
<b>ATTIVITÀ</b>	<b>PASSIVITÀ</b>
Patrimonio netto	Valore attuale medio rendite in pagamento
Valore attuale medio contributi futuri di: - assistiti alla data di bilancio - ingressi futuri	Valore attuale medio prestazioni future di: - assistiti alla data di bilancio - soggetti cessati con mantenimento del diritto - ingressi futuri
	Valore attuale delle spese di gestione
<b>Totale attività</b>	<b>Totale passività</b>
<b>Disavanzo tecnico</b>	<b>Avanzo tecnico</b>
<b>Totale a pareggio</b>	<b>Totale a pareggio</b>

#### **4.4 Valutazioni secondo i principi contabili internazionali**

Qualora l'azienda fonte istitutiva della forma assistenziale rediga il proprio bilancio in conformità a principi contabili internazionali (IAS/IFRS, US GAAP, ecc.), possono essere necessarie valutazioni attuariali che esulano dalla vera e propria sfera di operatività del Fondo Sanitario; ciò avviene, ad esempio, qualora le previsioni statutarie/regolamentari stabiliscano la prosecuzione dell'assistenza in epoca successiva al pensionamento del lavoratore, con contribuzione a carico dell'azienda stessa (Post Employment Contribution).

In tali evenienze l'Attuario, se chiamato direttamente all'esecuzione delle valutazioni, opera secondo le direttive del principio contabile di riferimento.

#### **4.5 Definizione degli aspetti economici del piano sanitario**

##### **4.5.1 Costruzione dei livelli di contributo**

La determinazione dei livelli di contributo dovrà fornire separata evidenza delle diverse componenti del contributo stesso, ed in particolare quelle di seguito illustrate.

*Premio di rischio (o premio puro):* valore medio che garantisce l'equilibrio tecnico, rendendo equivalenti l'importo complessivo dei rimborsi a carico della forma assistenziale e l'importo dei contributi che saranno complessivamente versati dagli iscritti (equilibrio tecnico). A sua volta nella determinazione del premio di rischio dovranno essere indicate le sue componenti principali.

Caricamento di sicurezza: maggiorazione volta a garantire la copertura delle prestazioni in caso di andamento della sinistrosità sfavorevole rispetto alle basi tecniche adottate. A titolo di esempio, può essere calcolata a partire dalla distribuzione degli assistiti per importo.

Caricamento amministrativo: maggiorazione volta a garantire la copertura delle spese generali di amministrazione del Fondo e di liquidazione delle prestazioni.

Oltre che a livello complessivo, il contributo potrà essere articolato secondo la composizione familiare, nonché essere determinato anche con riferimento alle singole prestazioni contemplate dal nomenclatore o a gruppi di esse: il livello di dettaglio nella determinazione dei contributi dovrà comunque essere individuato in funzione delle esigenze del Fondo.

#### **4.5.2 Metodologie utilizzabili**

Ferma restando la libertà di scelta dell'attuario circa la scelta della metodologia da adottare, va rilevato come un fattore determinante nella scelta in questione sia rappresentato dall'ampiezza e tipologia delle informazioni statistiche disponibili, oltre che dalle previsioni statutarie e regolamentari del Fondo (collettività chiusa o aperta, copertura o meno del nucleo familiare, livello contributivo dipendente o meno dal reddito individuale, prestazioni in quota di spesa o in base a nomenclatore-tariffario, esistenza di massimali e/o franchigie, ecc.).

I metodi di valutazione delle prestazioni sanitarie possono essere essenzialmente ricondotti a quelli basati su tavole di morbidità, su singole categorie di prestazione o una combinazione dei due precedenti.

##### Metodi basati sulla morbidità

Si ipotizza che il costo dipenda dall'età e dal sesso dei beneficiari o degli assicurati. L'unità di base può essere l'iscritto (generalmente il lavoratore), al quale viene eventualmente associato il nucleo familiare, oppure il singolo assistito (l'iscritto ed i rispettivi familiari). La valutazione prevede i seguenti passi:

- costruzione delle tavole di morbidità per età e sesso;
- costruzione di un modello di proiezione demografica della popolazione assistita. Della collettività (o di sottogruppi di essa) interessa conoscere la numerosità e il costo desunto dalle tavole di morbidità. In ragione del meccanismo di prestazione (prestazioni in quota di spesa o in base a nomenclatore-tariffario) per le proiezioni può essere essenziale contemplare un tasso d'inflazione delle prestazioni sanitarie;
- proiezione – ove il livello contributivo sia da correlare al reddito - del monte retribuzioni e del relativo valore medio.

##### Metodi basati sulle singole categorie di prestazione

La metodologia in parola richiede di disporre di una dettagliata analisi storica delle prestazioni del Fondo secondo determinate classificazioni. La valutazione comprende le seguenti fasi:

- analisi delle prestazioni: per ciascun capitolo di spesa si determinano il tasso d'utilizzo e il costo medio per assistito, preferibilmente per più periodi statistici in maniera da individuare possibili tendenze. Si creano così due vettori di proiezione (o matrici se si vogliono includere le tendenze) relativamente ai tassi di utilizzo e ai costi medi;
- si effettua la proiezione della popolazione assistita (ed eventualmente dei relativi redditi);
- il costo finale (assoluto e relativo) per ciascun capitolo di spesa viene quindi determinato considerando la popolazione proiettata e i vettori dei tassi di utilizzo e dei costi medi.

#### **4.6 La previsione di accantonamenti tecnici**

Le valutazioni in parola riguardano la costituzione di accantonamenti destinati a far fronte, per quanto ragionevolmente prevedibile, agli impegni assunti dai Fondi nei confronti degli iscritti.

Si tratta di valutazioni che hanno interesse esclusivamente per i Fondi autogestiti, poiché nel caso di gestione convenzionata il rischio è trasferito al gestore esterno.

E' opportuno evidenziare che, ove le previsioni regolamentari del Fondo stabiliscano un contributo una tantum d'ingresso per gli iscritti e/o per il rispettivo nucleo familiare, l'Attuario valuterà la reale natura di tale contributo che potrebbe richiedere aggiuntivi accantonamenti tecnici, rispetto a quelli di seguito illustrati, anche attraverso la determinazione di poste specifiche.

In via generale, l'Attuario che ha ricevuto incarico per la formazione o la verifica degli accantonamenti tecnici del Fondo deve:

- chiedere di poter disporre in via continuativa dei dati e delle informazioni necessarie;
- predisporre e sottoscrivere una relazione tecnica nella quale siano descritte le valutazioni effettuate e le ipotesi adottate: in particolare dovranno essere evidenziati:
  - i criteri di determinazione degli accantonamenti, distintamente per ciascuna tipologia;
  - le basi tecniche adottate, con particolare riferimento alle basi demografiche della garanzia LTC in forma di rendita;
  - i controlli operati per la corretta rilevazione dei dati, sulla loro completezza e sulle procedure di calcolo utilizzate.

##### **4.6.1 Accantonamenti tecnici per garanzie a ripartizione**

Rientrano in tale ambito la riserva di senescenza, la riserva premi (con esclusione delle quote eventualmente versate a gestori esterni) - con particolare riferimento alla riserva per rischi in corso - la riserva sinistri e la riserva di sicurezza (o di perequazione).

In merito alle riserve che assumono rilevanza nella gestione dei Fondi Sanitari, fatta eccezione per gli accantonamenti tecnici per le prestazioni di non autosufficienza a ripartizione, in considerazione della analogia della materia, si rinvia alle indicazioni specifiche fornite nel documento emanato dall'Ordine "*Regole applicative dei principi attuariali e Linee guida per l'attuario che presta attività lavorativa professionale nelle compagnie di assicurazione contro i danni*", da interpretare adeguatamente per tener conto delle peculiarità dei Fondi Sanitari.

#### Riserva di senescenza

Nel contesto dei Fondi Sanitari, assume un'importanza particolare l'individuazione della riserva di senescenza, costituita da un accantonamento di parte dei contributi versati al fine di compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assistiti, qualora i contributi siano determinati con riferimento alle età iniziali e non siano aggiornati con periodicità annuale.

#### Riserva premi

La riserva premi alla fine di un esercizio è composta dalle due componenti:

- riserva per la frazione di premi di competenza degli esercizi successivi da calcolare, in linea di principio, per singola posizione con il metodo "pro rata temporis" e in via eccezionale con metodo forfetario;
- riserva per i rischi in corso, costituita dagli importi da accantonare a copertura di eventuali oneri superiori al previsto per i rischi assunti nell'esercizio.

Le valutazioni della riserva per rischi in corso vanno effettuate e documentate, distintamente per tipologia di prestazione, separatamente per le due tipologie di prestazioni vincolate (odontoiatria e non autosufficienza).

#### Riserva sinistri

La riserva sinistri comprende l'ammontare complessivo delle somme che il Fondo deve accantonare a fronte di eventi (sinistri) avvenuti nell'esercizio di bilancio o nei precedenti, denunciati e non denunciati (tardivi), non ancora liquidati o in corso di liquidazione alla data di chiusura dell'esercizio stesso.

#### Riserva di sicurezza o di perequazione

La riserva di sicurezza comprende tutte le somme accantonate allo scopo di compensare nel tempo l'andamento della sinistrosità perequando le fluttuazioni del tasso dei sinistri negli anni futuri, o di coprire rischi particolari.

La costituzione della riserva di sicurezza, da attuarsi tramite un piano di accumulo progressivo, può essere realizzata sia tramite metodologie empiriche sia con l'ausilio della teoria del rischio. E' comunque opportuno individuare un limite minimo e un limite massimo per la consistenza della riserva di sicurezza: il mancato rispetto dei suddetti limiti impone la segnalazione agli organi del Fondo della necessità di una riflessione circa il livello dei contributi e delle prestazioni.

A tale riguardo va evidenziato che nell'ambito dei Fondi Sanitari autogestiti la riserva di sicurezza può assumere particolare rilievo con riferimento alle risorse destinate alla copertura delle prestazioni vincolate<sup>1</sup>. Essa rappresenta infatti lo strumento idoneo, nel pieno rispetto delle indicazioni fornite da Ministero della Salute, per consentire di superare l'aleatorietà sistematica dell'andamento degli eventi. Tali accantonamenti, riferiti alle prestazioni vincolate, dovranno quindi essere considerati ai fini del rispetto della soglia del 20%, poiché sono risorse con vincolo di destinazione riferite ad obbligazioni di spesa maturate nell'anno (rischio sopportato).

#### **4.6.2 Accantonamenti tecnici per la garanzia di non autosufficienza a capitalizzazione**

L'accantonamento tecnico per la garanzia di non autosufficienza a capitalizzazione, sempreché sia prestata autonomamente dal Fondo, nel periodo di versamento del contributo è determinata, in linea di principio, per singolo assistito col metodo della capitalizzazione delle quote contributive destinate alla specifica garanzia.

Per i principi di valutazione attuariale dell'accantonamento in parola, in considerazione della analogia della materia, si rinvia alle indicazioni specifiche fornite nei documenti emanati dall'Ordine "*Regole applicative dei principi attuariali - Linee guida per l'attuario incaricato delle compagnie di assicurazione sulla vita*" e "*Valutazioni attuariali relative a fondi di previdenza complementare*", da interpretare adeguatamente per tener conto delle peculiarità dei Fondi Sanitari.

#### **4.7 Analisi di sensitività**

Nell'esecuzione del suo studio l'Attuario potrà effettuare ulteriori valutazioni con diversi scenari, anche estremi (stress-test), di basi demografiche, sviluppo numerico del Fondo e ipotesi economico-finanziarie.

Si ritiene che le suddette valutazioni possano, in determinati casi, costituire ulteriori e utili elementi di giudizio sulla tenuta del Fondo, anche in presenza di condizioni negative, e sull'opportunità di prendere in considerazione con gradualità eventuali interventi correttivi.

A tal riguardo, l'Attuario che ritenesse di svolgere le valutazioni in questione, dovrebbe fornire adeguata informativa nella relazione tecnica, eventualmente segnalando ai responsabili del Fondo le criticità che tali elaborazioni dovessero evidenziare.

#### **4.8 Valutazioni relative a varianti normative**

Le valutazioni in questione riguardano essenzialmente l'impatto sulle condizioni di equilibrio del Fondo nel caso di:

- innovazioni normative esterne al Fondo che possono richiedere modifiche dello Statuto/Regolamento del Fondo stesso o comunque incidere, positivamente o negativamente, sulle prospettive di sviluppo della gestione;

---

<sup>1</sup> Per la definizione del concetto di prestazioni vincolate, v. all. 1.

- modifiche dello Statuto/Regolamento del Fondo per decisione autonoma degli organi amministrativi dello stesso.

In ogni caso si tratta, in linea di massima, di confrontare le risultanze di bilanci tecnici redatti nel quadro normativo preesistente ed in quello modificato con chiara evidenziazione dell'impatto delle modifiche intervenute.

Per le linee da seguire, si può fare quindi riferimento a quanto già indicato in tema di bilancio tecnico, con l'ovvia raccomandazione di fornire nella relazione tecnica, in termini esaustivi, una chiara illustrazione dei due contesti normativi a confronto e di sviluppare le valutazioni nelle medesime ipotesi e basi tecniche.

Nel caso di modifiche deliberate o progettate dagli organi del Fondo, è necessario inoltre verificare preventivamente la coerenza delle stesse con le norme di legge vigenti in materia.

#### **4.9 Prestazioni di non autosufficienza a capitalizzazione: analisi degli impegni assunti e dei flussi di passività**

Si tratta di valutazioni che riguardano la stima delle passività e degli impegni del Fondo soprattutto nell'ottica della proiezione delle dinamiche dei cash-flow.

Dal punto di vista metodologico, l'approccio è del tutto riconducibile ai processi individuati per la predisposizione dei bilanci tecnici, dove le fasi di analisi di sensitività (stress test), al caso anche stocastiche, potrebbero rivestire un peso maggiore.

Le risultanze di cui sopra – stima degli impegni futuri del fondo e dei flussi attesi di passività – sono evidenziate a parte con lo scopo di fornire alle funzioni preposte alla scelta degli investimenti e all'asset management indicazioni utili per una gestione più efficiente del portafoglio, che tenga conto anche delle passività da coprire tempo per tempo. A sua volta l'area finanza potrebbe fornire all'Attuario dei tassi di rendimento attesi aggiornati per "correggere" le proiezioni delle passività, attivando un utile processo di collaborazione che ovviamente migliora l'attendibilità dei risultati.

#### **4.10 Analisi di esperienza**

Oltre ad esporre in modo dettagliato i risultati del suo lavoro l'Attuario, dovrà esporre in modo sintetico l'analisi degli utili o delle perdite attuariali sia derivanti dal cambiamento delle ipotesi, sia dovuti ad esperienza e comunque manifestatisi rispetto al precedente periodo di osservazione.

In taluni casi potrebbe essere consigliabile dettagliare ulteriormente l'analisi, evidenziando l'impatto ascrivibile allo scostamento fra le singole ipotesi adottate e gli andamenti registrati secondo un principio di significatività.

### **5. Relazione tecnica**

La relazione tecnica sulle valutazioni attuariali riguardanti i Fondi Sanitari dovrà illustrare esaustivamente i seguenti elementi:



1. le principali disposizioni di legge e di Statuto/Regolamento, come anche le normative secondarie (decreti ministeriali attuativi, risoluzioni dell'autorità di vigilanza, etc.), che hanno rilevanza ai fini delle valutazioni;
2. le caratteristiche anagrafiche, assicurative ed economiche degli iscritti presenti alla data di riferimento delle valutazioni (ove trattasi ovviamente di fondo già esistente);
3. il regime finanziario di gestione;
4. le metodologie attuariali utilizzate per le elaborazioni;
5. le basi tecniche demografiche, economiche e finanziarie adottate;
6. i risultati ottenuti;
7. le conclusioni che possono trarsi dai risultati conseguiti.

In particolare, per quanto riguarda l'illustrazione delle principali normative che interessano, dovranno essere richiamate le disposizioni riguardanti:

- i contributi, indicandone la misura alla data del bilancio (in valore assoluto o in percentuale delle retribuzioni o dei redditi), le eventuali regole di adeguamento nel tempo e, ove previste, le grandezze economiche di riferimento;
- il nomenclatore delle prestazioni nonché i requisiti di accesso alle singole prestazioni.

L'Attuario che rilevi la non conformità delle norme statutarie o regolamentari del Fondo alle disposizioni di legge o alla normativa secondaria che possa incidere sui risultati attuariali, deve fare menzione di tale circostanza e valutare, ove possibile, gli effetti economici di massima che la mancata conformità alle suddette disposizioni può produrre sulle condizioni di equilibrio della gestione (il controllo della conformità va fatto comunque prima di programmare le valutazioni da effettuare e l'eventuale esito negativo della verifica va segnalato subito ai responsabili del Fondo).

Un apposito capitolo della relazione, o un eventuale allegato tecnico alla stessa, sarà dedicato alla descrizione dei metodi di valutazione adottati.

Nel fornire le dovute precisazioni sulle basi tecniche demografiche adottate, si avrà cura di indicare se esse sono state costruite *ad hoc* sulla base di statistiche relative alla popolazione degli iscritti oggetto di valutazione, ovvero se sono state desunte da altre esperienze; in ogni caso le determinazioni assunte saranno riportate unitamente all'illustrazione degli eventuali criteri di rettifica e adattamento di dati esterni.

Naturalmente anche la scelta delle basi tecniche economico-finanziarie andrà adeguatamente motivata nella relazione, tenendo presente quanto già detto precedentemente.

Con riferimento al bilancio tecnico, particolare attenzione dovrà essere rivolta alla descrizione del regime tecnico-finanziario sul quale si fondano le valutazioni, verificando quanto eventualmente riportato nello Statuto/Regolamento del Fondo, definendo gli oneri e gli impegni che vengono presi in considerazione, l'arco temporale nel quale si estendono le proiezioni, la specificità delle condizioni di equilibrio che ci si propone di individuare ed ogni altra implicazione connessa all'impostazione adottata.

Inoltre dovranno essere forniti sia i risultati del bilancio tecnico in forma sintetica sia la proiezione delle entrate e delle uscite annue con la conseguente evoluzione del patrimonio in un congruo arco temporale. L'esposizione dei risultati in forma sintetica sarà accompagnata da una nota di commento redatta in forma tale da consentire, anche a chi non abbia confidenza con le tecniche di valutazione attuariale, un'agevole interpretazione dei dati ed un corretto apprezzamento della situazione tecnico-finanziaria del Fondo.

Nel redigere la relazione, si raccomanda di limitare all'essenziale l'uso di termini tecnici, sul cui significato occorre in ogni caso fare chiarezza.

## **6. Rappresentazione delle poste tecniche nei documenti contabili**

Circa la redazione dei bilanci dei Fondi Sanitari non esistono attualmente norme specifiche: ciascun fondo dovrà quindi applicare la disciplina relativa alla propria forma giuridica, fermo restando che, ai sensi dell'art. 3, c. 3, del Decreto Sacconi deve trasmettere all'Anagrafe il consuntivo e il preventivo o documento equivalente.

E' comunque fondamentale che i documenti contabili contengano un'adeguata evidenziazione delle poste tecniche che caratterizzano la gestione dei Fondi Sanitari. Nel seguito sono quindi illustrate le suddette poste tecniche e viene proposto uno schema dedicato al calcolo della soglia delle prestazioni vincolate, valutazione che deve anch'essa essere trasmessa dal Fondo annualmente all'Anagrafe.

### Bilancio consuntivo e preventivo

- Nelle entrate
  - Flusso dei contributi.
  - Prelievi da accantonamenti tecnici distinti per tipologia di riserva (con speciale evidenziazione di quelli provenienti dalla riserva di sicurezza destinata alla copertura delle c.d. "prestazioni vincolate") destinati al pagamento dei sinistri riservati.
  - Eventuali rimborsi provenienti da soggetti esterni gestori, distinti fra rimborsi di risarcimenti e rimborsi per quote di riserva.
  - Rendimenti derivanti dall'investimento degli accantonamenti.
- Nelle uscite
  - Prestazioni erogate.
  - Premi versati a soggetti gestori esterni.
  - Variazioni degli Accantonamenti tecnici distinti per tipologia di riserva, con speciale evidenziazione di eventuali poste destinate alla copertura delle c.d. "prestazioni vincolate".
  - Oneri finanziari
  - Spese di funzionamento.

## Stato patrimoniale

- Nelle passività
  - Importo degli accantonamenti tecnici distinti per tipologia di riserva, con speciale evidenziazione di eventuali poste destinate alla copertura delle cd “prestazioni vincolate”.

## **7. Schema di calcolo della soglia delle prestazioni vincolate**

Al fine di poter accedere al regime fiscale agevolato, i fondi o casse istituiti ai sensi dell’art. 51 TUIR devono trasmettere all’Anagrafe dei fondi sanitari entro il 31 luglio di ciascun anno la certificazione, a firma del legale rappresentante, che attesti il rispetto della soglia delle risorse vincolate, indicando, al netto delle spese generali:

- a) l'ammontare delle risorse impegnate che si riferiscono alle prestazioni cd. “vincolate”;
- b) l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti;
- c) la percentuale dell'importo di cui alla lett. a) sull'importo di cui alla lett. b).

Lo schema che segue consente, nel rispetto del dettato normativo, di evidenziare le diverse poste che compongono le grandezze indicate dal decreto Sacconi, secondo un modello flessibile, adattabile alle diverse modalità di gestione dei singoli fondi.

Risorse impegnate	Solo prestazioni vincolate	Tutte le prestazioni
<b>Importi erogati</b>	<b>a1</b>	<b>b1</b>
- Prestazioni liquidate	A1.1	B1.1
- Premi/Contributi (versati a soggetti esterni)	A1.2	B1.2
<b>Variazioni Accantonamenti</b>	<b>a2</b>	<b>b2</b>
- a riserva di senescenza	a2.1	B2.1
- a riserva premi	a2.2	B2.2
- a riserva sinistri	a2.3	B2.3
- a riserva di sicurezza	a2.4	B2.4
- a riserva matematica LTC	a2.5	B2.5
<b>Totale risorse impegnate</b>	<b>A = a1 + a2</b>	<b>B = b1 + b2</b>
<b>CALCOLO SOGLIA</b>	<b>C = (A/B) · 100</b>	

Si ribadisce come il livello delle riserve debba essere coerente con le caratteristiche e l'andamento della gestione operativa del Fondo, con particolare riferimento alla consistenza della riserva di sicurezza, da mantenere entro limiti prefissati in considerazione degli importanti riflessi in termini di determinazione del livello dei contributi e delle prestazioni.

# ALLEGATI

**Allegato 1: Il vigente impianto normativo dell'assistenza sanitaria complementare**

<b>Quadro Sinottico e Fonti Originali</b>			
	Riferimento	Commento	Documento originale
<b>Normativa fiscale</b>			
	TUIR Art. 10, c.1, lett. e-ter)	Modificato dalla legge di cui al punto 3	Doc_1
	TUIR Art. 51, c.2, lett. a)	Modificato dalla legge di cui al punto 3	Doc_2
	L. 244/2007 Art. 1, c.197, lett. a)-b)	Finanziaria 2008, modifica del regime fiscale	Doc_3
<b>Normativa specifica</b>			
	D.lgs. 502/1992 Art. 9	c.d. Legge Bindi (Istituzione dei Fondi Sanitari Integrativi)	Doc_6
	D. lgs. 229/1999 Art. 3	Integrazione socio-sanitaria (LEA) Fondi DOC e non DOC	Doc_7
	L. 328/2000 Art. 26	Estensione dell'operatività dei Fondi Sanitari Integrativi	Doc_8
	D.M. 31/3/2008	c.d. Decreto Turco	Doc_4
	D.M. 27/10/2009	c.d. Decreto Sacconi	Doc_5
<b>Altra documentazione</b>			
	Lettera 1/4/2010	Risposta del Ministero della Salute ad ABI	Doc_9
	Lettera 14/4/2010	Risposta del Ministero della Salute ad Assoprevidenza/FIMIV	Doc_10

## **Regime fiscale**

La legge n. 244/2007, modificando gli artt. 10, c. 1, lett. e-ter) e 51, c. 2, lett. a) del TUIR, ha unificato i diversi trattamenti fiscali al contempo “stabilizzando” il regime, sinora soggetto a conferme annuali nell’ambito delle leggi finanziarie. Il limite di deducibilità per i contributi versati dal lavoratore e/o dal datore di lavoro a Fondi Sanitari è ora stabilito in 3.615,20, a condizione che le citate forme operino negli ambiti di intervento indicati dal Ministro della Salute, stabiliti con il Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 (c. d. “Decreto Turco”) e il Decreto del Ministro del Lavoro e della Salute del 27 ottobre 2009 (c. d. “Decreto Sacconi”),

Il presupposto per il riconoscimento della deduzione fiscale dei contributi versati è rappresentato dall’iscrizione iniziale all’Anagrafe e, a regime, dai successivi rinnovi annuali, da parte dei Fondi Sanitari, nonché degli enti o casse assistenziali e delle Società di mutuo soccorso.

Per il primo periodo di applicazione l’iscrizione iniziale assicura il diritto alla deduzione fiscale dei contributi versati nel corso del 2010 e, verosimilmente, 2011, rinviando al 2012 l’operatività a regime del sistema, cioè la verifica del rispetto delle prestazioni vincolate attraverso la conferma, anno per anno, dell’iscrizione dei Fondi all’Anagrafe (art. 5, c. 2, del Decreto Sacconi). A regime, l’eventuale esclusione dall’accesso alla deducibilità dei contributi conseguente al mancato rispetto della soglia delle “prestazioni vincolate” non potrà che avere decorrenza dal periodo di imposta successivo a quello dell’accertamento del mancato rispetto della soglia.

## **Ambiti di intervento**

Nella definizione degli ambiti di intervento, le disposizioni del Decreto Turco e del Decreto Sacconi ripropongono la differenziazione fra i Fondi Sanitari istituiti o adeguati ai sensi dell’art. 9 del d. lgs. n. 502/1992 e gli enti o casse di cui all’art. 51 del Tuir e le Società di mutuo soccorso.

### *Fondi Sanitari ex art. 9 del d. lgs. n. 502/1992*

Per i fondi in parola il Decreto Turco indica i seguenti ambiti di intervento:

prestazioni sanitarie e socio-sanitarie definite nei commi 4 e 5 dell’art. 9 del d. lgs n. 502/1992. Si tratta quindi di:

prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza<sup>2</sup> (nel seguito, semplicemente, LEA) e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate. In particolare, rientrano in tale ambito:

prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate in strutture non accreditate;

---

<sup>2</sup> Per una esposizione sintetica dei Livelli essenziali di assistenza v. all. 2.

cure termali, limitatamente alle prestazioni non erogate dal Ssn;

assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn e con esclusione dei programmi di tutela della salute nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;

prestazioni erogate dal Ssn comprese nei LEA per la sola quota a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri;

prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali o semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito;

prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del d. lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni. Le prestazioni in commento comprendono:

attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi invalidanti di patologie congenite e acquisite;

attività volte a supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o emarginazione condizionanti lo stato di salute. Si tratta di prestazioni che riguardano prevalentemente: area materno-infantile, anziani, handicap, disagio psichiatrico e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a malattie cronico-degenerative.

prestazioni di cui all'art. 26 della l. n. 328/2000 in quanto non ricomprese nei LEA: spese per prestazioni sociali erogate nell'ambito di programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane o disabili.

spese finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;

prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

#### Enti o casse ex art. 51, comma 2, del TUIR e Società di mutuo soccorso

Le forme in parola sono autorizzate alla prosecuzione delle prestazioni sin qui da esse erogate, in base ai relativi ordinamenti (statuti e/o regolamenti). Più specificatamente, gli ambiti di intervento comprendono:

i medesimi ambiti di intervento già indicati nel comma 2 per i Fondi Sanitari ex art. 9 del d. lgs n. 592/1992;

il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie già attualmente assicurate dalle forme in parola secondo i propri ordinamenti;

i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Ssn e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria.

A decorrere dal 2010, è previsto inoltre l'obbligo di attestare, su base annua, di aver impegnato singolarmente o congiuntamente, risorse per prestazioni di assistenza odontoiatrica e assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio (c.d. "prestazioni vincolate") in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti.

### **Calcolo della soglia delle risorse vincolate**

La questione della definizione della soglia stabilita, a decorrere dal 2010, per le prestazioni vincolate riveste particolare delicatezza poiché il rispetto della soglia in questione è condizione necessaria per godere del regime fiscale agevolato. Al riguardo, il Ministero della Salute, con le menzionate risposte ai quesiti ha fornito criteri diversificati in relazione alle diverse tipologie di Fondi Sanitari.



### Fondi autogestiti

Per il calcolo del limite del 20% il MinSalute precisa che occorre far riferimento alle *“risorse impegnate per la remunerazione delle prestazioni rese nell’anno di riferimento, comprese quelle che pur non essendo state liquidate nel corso dell’anno, si riferiscono ad obbligazioni di spesa maturate relativamente a dette prestazioni erogate nell’anno”*.

La lettura formale della risposta condurrebbe quindi all’applicazione del criterio della competenza ma con riferimento ai sinistri effettivamente intervenuti (criterio ex post).

Peraltro l’utilizzo da parte del Ministero dei concetti di *“obbligazione di spesa”* e di *“prestazione maturata”*, concetti connessi non solo al parametro dell’evento verificatosi, ma anche al principio del rischio sopportato (si pensi alle riserve per il rischio corso già in uso in ambito assicurativo v. infra) autorizza una lettura più tecnica della norma, che conduce ad adottare quale parametro di riferimento per la verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate le risorse destinate ex ante alla copertura delle prestazioni di cui all’art. 2, c. 2, lett. d) del Decreto Sacconi e di poter prevedere meccanismi che consentano di contrastare l’aleatorietà dell’andamento degli eventi, quantomeno per un periodo transitorio, sufficiente per consentire ai fondi di inserire nel nomenclatore le prestazioni vincolate pur non potendo ancora disporre di riferimenti statistici validi.

### Fondi a gestione convenzionata

Per Fondi a gestione convenzionata (ancorché parziale), i premi/contributi versati ai soggetti gestori, rappresentando per il Fondo l’equivalente del costo delle prestazioni, devono essere considerati ai fini del calcolo della soglia del 20%. A tal fine il soggetto gestore dovrà rilasciare al Fondo una dichiarazione circa l’imputazione del premio/contributo versato a favore delle prestazioni vincolate, dichiarazione che dovrà essere prodotta congiuntamente alla documentazione prevista dall’art. 3, c. 4, del Decreto Sacconi. In questo caso quindi il calcolo è chiaramente effettuato ex ante, basandosi sul premio versato e sulla sua *“imputazione”* alla copertura delle diverse tipologie di prestazione.

### Fondi “pluriaccordo”

Con riferimento ai soggetti istitutivi di più fondi, il MinSalute rimette al Fondo stesso la scelta circa l’iscrizione all’Anagrafe del Fondo nel suo complesso o delle singole realtà che ad esso afferiscono. Ancorché nella risposta si faccia riferimento a una pluralità di *“fondi”*, si ritiene che la medesima facoltà trovi applicazione anche laddove in luogo di veri e propri fondi il soggetto gestisca una pluralità di accordi aziendali o un mix delle due fattispecie.

Dalla scelta operata dal Fondo al momento dell’iscrizione discenderà ovviamente l’individuazione della platea di riferimento per il calcolo della soglia del 20%, fermo restando le differenze già evidenziate fra fondi a gestione diretta e fondi a gestione convenzionata.

### Pluralità di copertura afferente ad un unico rapporto di lavoro

Con riferimento ad una specifica fattispecie, il Ministero ha ammesso la possibilità che, laddove nell'ambito di un unico rapporto di lavoro il datore di lavoro, ai sensi del contratto collettivo nazionale contribuisca sia al Fondo di assistenza aziendale sia ad un Fondo nazionale a livello di categoria, ai fini del rispetto della soglia minima del 20% dovranno essere considerate le risorse versate ad entrambe i fondi, in quanto riconducibili ad un sistema integrato. Ai fini della trasmissione all'Anagrafe dei dati di cui all'art. 3 del Decreto Sacconi, è previsto un articolato sistema di certificazione a carico del Fondo nazionale.

Ancorché la risposta del MinSalute sia riferita ad una specifica fattispecie, essa rappresenta indubbiamente un utile punto di riferimento per la soluzione di fattispecie analoghe - purché contemplate da un accordo collettivo - sia con riferimento ad altri comparti, sia in relazione a soluzioni di tipo aziendale, che prevedano la realizzazione della copertura tramite il ricorso ad un mix di modalità differenti.

Siffatta soluzione è inoltre coerente con quanto previsto per i Fondi a gestione convenzionata: in entrambi i casi, infatti, si consente di considerare ai fini della verifica del rispetto della soglia del 20% le contribuzioni versate ai soggetti esterni al Fondo aziendale, facendo riferimento, per la parte destinata al Fondo nazionale, al contributo versato e non all'effettiva spesa sostenuta dal Fondo stesso, adottando quindi il medesimo criterio di calcolo ex ante già applicato nel caso di fondi convenzionati.

### Spese generali

Nelle spese generali vanno ricompresi tutti i costi di funzionamento dell'Ente. Oltre a quelle specificatamente elencate nella risposta ministeriale, puramente a titolo di esempio possono in particolare essere compresi anche i costi relativi ai servizi resi da società esterne, tipicamente quelle che forniscono reti di strutture convenzionate.

### **Modalità di erogazione**

L'art. 3, comma 4, lett. a), del Decreto Sacconi contempla fra le modalità di erogazione delle prestazioni vincolate l'erogazione diretta o il rimborso a fronte di spese sanitarie, ammesso anche in forma forfetaria con riferimento alle sole prestazioni sanitarie e/o a rilevanza sociale in favore di soggetti non autosufficienti.

### **Anagrafe dei Fondi Sanitari**

L'art. 2 del Decreto Turco istituisce (comma 1) presso il Ministero della Salute, l'Anagrafe dei Fondi Sanitari, in assenza di oneri per lo Stato e con individuazione degli obblighi di comunicazione delle forme di assistenza sanitaria integrativa nei confronti dell'Anagrafe stessa. Il Decreto Sacconi definisce in dettaglio tempi e modalità di iscrizione, prevedendo che l'iscrizione o il rinnovo della stessa deve essere perfezionata entro il 31 luglio di ciascun anno; in sede di prima applicazione, per l'anno 2010 il termine è stato fissato nel 30 aprile.

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

D. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (G.U.165/199, S.O.).

Art. 3-septies: Integrazione socio-sanitaria. Definisce le prestazioni sociosanitarie;

art. 9: sostituisce art. 9 d. lgs. n. 502 1992 (cd "Legge Bindi"): Fondi integrativi del SSN. Detta i principi per la definizione del quadro normativo del comparto, compresa la partizione fra cd "Fondi doc" e "fondi non doc", prescrivendo per i primi, quale ambito di operatività:

l. 8 novembre 200, n. 328 (G.U. 265/2000, S. O. n. 186). L'art. 26 estende l'ambito d'operatività dei Fondi Sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale alle 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;

l. 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per l'anno 2008): l'art. 1, comma 197, modifica il disposto degli artt. 10, comma 1 lett. e-ter) e 51, comma 2, lett. a), del Tuir. La nuova disciplina stabilisce che non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente, entro il limite di 3.615,20 Euro, i contributi di assistenza sanitaria versati dal lavoratore a fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse (aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale), che operino negli ambiti di intervento indicati dal Ministro della salute, con decreto da emanarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della l. n. 244/2008 medesima (1° gennaio 2008).

Decreto del Ministro della Salute 31 marzo 2008: definisce, in attuazione del disposto dell'art. 1, comma 197, gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Fondi Sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali. Introduce il principio, ai fini della deducibilità dei contributi dei lavoratori dipendenti del limite del 20% e istituisce l'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

Decreto del Ministro del Lavoro e della Salute 27 ottobre 2009. Definisce le modalità per l'iscrizione all'Anagrafe e fornisce le indicazioni per il calcolo del limite del 20%.

Risposta del MinSalute ad ABI dell'1.4.2010.

Risposta del MinSalute ad Assoprevidenza/FIMIV del 14.4.2010.

## ***Allegato 2: Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)***

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) costituiscono una serie di prestazioni e servizi sanitari, essenziali e di qualità, che lo Stato deve garantire ai cittadini, gratuitamente o in compartecipazione attraverso il pagamento del ticket sanitario.

Sono definiti contestualmente al Piano Sanitario Nazionale, che viene predisposto dal Governo su proposta del Ministero del Lavoro e della salute, tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni, nonché dei dati e delle informazioni contenute nella relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano sanitario regionale. Il periodo di validità dei LEA coincide con quello del Piano Sanitario Nazionale, che ha una durata triennale.

I LEA sono stati definiti dal DPCM 29 novembre 2001 e successivamente integrati ed aggiornati dai DPCM 16 aprile 2002, dal DPCM 28 novembre 2003 e dal DPCM del 5 marzo 2007.

I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

### ***1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro***

### ***2. Assistenza distrettuale***

### ***3. Assistenza ospedaliera***

1. L'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro comprende:
  - A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
  - B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
  - C. La sanità pubblica veterinaria
  - D. La tutela igienico sanitaria degli alimenti
  - E. La prevenzione con vaccinazioni e diagnosi
  - F. Il servizio medico-legale
  
2. L'Assistenza distrettuale comprende tutte le attività e servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio quali:
  - A. Assistenza sanitaria di base
  - B. Attività di emergenza sanitaria territoriale
  - C. Assistenza farmaceutica
  - D. Assistenza integrativa
  - E. Assistenza specialistica ambulatoriale
  - F. Assistenza protesica
  - G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
  - H. Assistenza ambulatoriale e domiciliare alle strutture residenziali e semiresidenziali
  - I. Assistenza termale
  - J. Assistenza odontoiatrica

3. L'Assistenza ospedaliera comprende tutte le prestazioni e servizi sanitari offerti in ospedale quali:
- A. Pronto soccorso
  - B. Degenza ordinaria
  - C. Day hospital
  - D. Day surgery
  - E. Interventi ospedalieri a domicilio
  - F. Riabilitazione
  - G. Lungodegenza
  - H. Trasfusioni
  - I. Trapianti di organi e tessuti

Alcune speciali categorie di cittadini hanno diritto, ad integrazione dei LEA, a forme di Assistenza specifica:

- Invalidi
- Persone affette da malattie rare
- Persone affette da fibrosi cistica
- Nefropatici cronici in trattamento dialitico
- Persone affette da diabete mellito
- Persone affette da morbo di Hansen
- Cittadini residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero

Prestazioni escluse dai LEA:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge, con esclusione delle:
  - 1) certificazioni richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica sportiva non agonistica nell'ambito scolastico, rilasciate dal medico di medicina generale ai sensi dell'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 2000 e dal pediatra di libera scelta ai sensi dell'art. 29 del decreto del Presidente della Repubblica n. 272 del 2000;
  - 2) certificazioni di idoneità di minori e disabili alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche;

- 3) certificazioni di idoneità all'affidamento e all'adozione di minori ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184;
  - 4) certificazioni di idoneità al servizio civile fino all'entrata in vigore dell'art. 9, comma 5, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77.».
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea.

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche di seguito indicate:

- a) assistenza odontoiatrica, limitatamente alle seguenti prestazioni: programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;
- b) densitometria ossea, ad intervalli di tempo non inferiori a diciotto mesi, limitatamente ai soggetti che presentino i fattori di rischio indicati nell'allegato 2Bb del DPCM del 5 marzo 2007;
- c) medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto nell'elenco 1 punto f;
- d) prestazioni di chirurgia refrattiva, limitatamente ai soggetti che presentino le condizioni indicate nell'allegato 2Bd del DPCM del 5 marzo 2007.

### ***Allegato 3: Studi attuariali sulle basi tecniche relativi alla non Autosufficienza***

#### Probabilità di entrare nello stato di non autosufficienza

- Base tecnica Ania 1997 costruita sulla base dell'esperienza tedesca<sup>3</sup>.  
Si riferisce ad individui incapaci di svolgere in modo permanente almeno 4 attività elementari della vita quotidiana (ADL) su 6.
- Base demografica costruita su dati desunti dall'indagine ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (2005).  
L'indagine fornisce i prevalence rates (per classi di età) relativi ad individui incapaci di svolgere in modo permanente 6 ADL (cosiddetti "disabili nelle ADL").  
Essi esprimono la proporzione di disabili nelle ADL nella popolazione. Da questi tassi, con opportune ipotesi, è possibile ricavare le probabilità di ingresso nello stato di non autosufficienza (incidence rates)<sup>4</sup>.  
Si sottolinea che l'utilizzo di una base demografica basata su dati nazionali a fini di tariffazione dovrebbe essere subordinato all'uso di correttivi che includano l'effetto della selezione propria delle popolazioni assicurate.

#### Mortalità dei soggetti non autosufficienti

- Base tecnica introdotta dall'Ania nel 1997 e fondata sull'ipotesi che la mortalità della popolazione non autosufficiente possa essere ottenuta aggravando la mortalità della popolazione generale.  
L'ipotesi di aggravamento previsto è di tipo lineare fino ai 40 anni e di tipo esponenziale per le età successive.  
La tavola di mortalità impiegata è la Sim-1992, che può essere sostituita con tavole nazionali più aggiornate (ad esempio la Sim-2000 o 2006) o con le tavole RG-48 o IPS55 per tenere conto della mortalità della popolazione assicurata.
- Base demografica fondata sulla mortalità nazionale italiana.  
La mortalità della popolazione non autosufficiente è ottenuta in base alla mortalità generale italiana a cui si applica un fattore di aggravamento desunto dall'esperienza della Münchener Rück per la Germania.  
Questo modello di base demografica si fonda sull'ipotesi che il fattore di aggravamento della mortalità dei non autosufficienti sia pari a quello registrato in Germania dalla Münchener Rück nel periodo 1996-1999 e relativo alla popolazione assicurata<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> GALATIOTO G., Long Term Care Insurance – Gli aspetti tecnico-attuariali ed i dati statistici ANIA 1997.

<sup>4</sup> LEVANTESI S., La copertura del rischio di non autosufficienza nei fondi pensione. Working paper MEFOP, n.17, Roma 2008.

<sup>5</sup> MÜNCHENER RÜCK, Assicurazione Long Term Care: basi di calcolo internazionali secondo uno studio di sinistralità della Münchener Rückversicherung, 2003.

#### **Allegato 4: Principali fonti di dati ed informazioni**

ORDINE DEGLI ATTUARI	<a href="http://www.ordineattuari.it">www.ordineattuari.it</a>
ISTITUTO ITALIANO DEGLI ATTUARI	<a href="http://www.italian-actuaries.org">www.italian-actuaries.org</a>
S.I.F.A.	<a href="http://www.sifa-attuari.it">www.sifa-attuari.it</a>
ASSOPREVIDENZA	<a href="http://www.assoprevidenza.it">www.assoprevidenza.it</a>
BANCA D'ITALIA	<a href="http://www.bancaditalia.it">www.bancaditalia.it</a>
COMMISSIONE EUROPEA	<a href="http://ec.europa.eu/index_it.htm">http://ec.europa.eu/index_it.htm</a>
EUROSTAT	<a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu">http://epp.eurostat.ec.europa.eu</a>
GROUPE CONSULTATIF ACTUARIEL EUROPEEN	<a href="http://www.gcactuaries.org">www.gcactuaries.org</a>
INPS	<a href="http://www.inps.it">www.inps.it</a>
ISTAT	<a href="http://www.istat.it">www.istat.it</a>
ISVAP	<a href="http://www.isvap.it">www.isvap.it</a>
RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO	<a href="http://www.rgs.mef.gov.it">www.rgs.mef.gov.it</a>
MINISTERO DELLA SALUTE	<a href="http://www.salute.gov.it">www.salute.gov.it</a>
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI	<a href="http://www.welfare.gov.it/default">http://www.welfare.gov.it/default</a>
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE	<a href="http://www.tesoro.it">www.tesoro.it</a>
AGENZIA DELLE ENTRATE	<a href="http://www.agenziaentrate.gov.it">www.agenziaentrate.gov.it</a>
CEIS	<a href="http://www.ceistorvegata.it">www.ceistorvegata.it</a>
FIMIV	<a href="http://www.fimiv.it">www.fimiv.it</a>



## Altri siti di interesse

ABI	<a href="http://www.abi.it">www.abi.it</a>
ANIA	<a href="http://www.ania.it">www.ania.it</a>
CENSIS	<a href="http://www.censis.it">www.censis.it</a>
CNEL	<a href="http://www.cnel.it">www.cnel.it</a>
CNR	<a href="http://www.cnr.it/sitocnr/home.html">http://www.cnr.it/sitocnr/home.html</a>
INAIL	<a href="http://www.inail.it">www.inail.it</a>
INPDAP	<a href="http://www.inpdap.it/webnet/sito/home.asp">http://www.inpdap.it/webnet/sito/home.asp</a>
IRPPS	<a href="http://www.irpps.cnr.it/">http://www.irpps.cnr.it/</a>
OCS	<a href="http://www.oecd.org/home/">http://www.oecd.org/home/</a>
AEIP	<a href="http://www.aeip.net">www.aeip.net</a>
OIC	<a href="http://www.fondazioneoic.it">www.fondazioneoic.it</a>
PARLAMENTO	<a href="http://www.parlamento.it">www.parlamento.it</a>
SOCIETA' ITALIANA DI STATISTICA	<a href="http://w3.uniroma1.it/sis/index.asp">http://w3.uniroma1.it/sis/index.asp</a>