

Messaggio

numero

6275

data

6 ottobre 2009

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

INDICE

I.	CENNI RELATIVI ALLO STORICO DEL CONTESTO	2
II.	PRINCIPI DIRETTORI DEL MODELLO CANTONALE DI INTERVENTO	4
III.	SOLUZIONE DEFINITIVA A LIVELLO FEDERALE	5
IV.	EVOLUZIONE DEL FENOMENO	6
1.	A livello numerico	6
2.	Tasso di assicurati sospesi con ACB	7
3.	Tasso di assicurati sospesi con almeno 2 ACB nel corso degli ultimi 2 anni	8
4.	Conclusioni settoriali.....	9
V.	AZIONI SUL PIANO FEDERALE	9
1.	Iniziativa del Cantone Ticino	9
2.	Trattative tra CDS e santésuisse	10
3.	Proposta del DFI.....	11
4.	Proposte parlamentari alternative	12
5.	Lavori parlamentari.....	14
6.	Decisione del Consiglio Nazionale.....	14
VI.	LA SITUAZIONE IN ALTRI CANTONI	15
1.	Quadro generale.....	15
2.	Circa il modello convenzionale	16
2.1	Problematiche nell'applicazione.....	16
2.2	Il problema dei costi.....	17
VII.	A PROPOSITO DEGLI ONERI FINANZIARI A CARICO DEL CANTONE	18
VIII.	CIRCA LA SITUAZIONE DEBITORIA DEGLI ASSICURATI CON SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI	21
IX.	CONCLUSIONI.....	23
X.	STRUTTURA DEL DECRETO LEGISLATIVO PROPOSTO.....	24
XI.	CONSEGUENZE VARIE	25
1.	Conseguenze di natura finanziaria.....	25
2.	Relazioni con le linee direttive e il piano finanziario	25
3.	Conseguenze a livello di Enti locali.....	25
4.	Compatibilità con le altre leggi cantonali e federali	25
5.	Conseguenze secondo il diritto europeo applicabile	25

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

attraverso il presente Messaggio il Consiglio di Stato propone di prorogare l'attuale modello cantonale di intervento nell'ambito degli assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal, in attesa degli sviluppi della problematica sul piano federale.

I. CENNI RELATIVI ALLO STORICO DEL CONTESTO

La problematica in rassegna è retta dall'art. 64a LAMal, del seguente tenore:

Art. 64a

1 Se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore deve diffidarlo per scritto, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora (cpv. 2).

2 Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Nello stesso tempo informa della sospensione delle prestazioni l'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurazione. Sono fatte salve le prescrizioni cantonali che prevedono una notifica ad altri uffici.

3 Se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono pagati integralmente, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante la sospensione.

4 In deroga all'articolo 7, gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore finché non hanno pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

5 Il Consiglio federale disciplina le modalità d'incasso dei premi e della procedura di diffida e i dettagli relativi alle conseguenze della mora.

Questo disposto normativo è entrato in vigore il 1° gennaio 2006 sulla base delle motivazioni seguenti (Messaggio CF 26.05.2004):

“Articolo 64a (nuovo)

Le esperienze fatte dagli assicuratori-malattie dimostrano che dall'entrata in vigore della LAMal i casi di mora nel pagamento dei premi e in altri pagamenti sono fortemente aumentati e che la normativa dell'articolo 90 capoverso 4 OAMal, che prevede la possibilità di sospensione soltanto dopo l'avvio della procedura esecutiva e ad avvenuta notifica di un attestato di carenza di beni nei confronti dell'assicurato in mora, è all'origine dei crescenti casi di mora. Le cifre addotte dagli assicuratori confermano che il fenomeno della mora è aumentato in misura problematica di anno in anno e si è stabilizzato ad un livello elevato. Considerata questa evoluzione e sulla base della giurisprudenza costante del TFA in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal nella versione vigente fino al 31 dicembre 2002 [stralciato al 1° gennaio 2003; RU 2002 3908] secondo cui, mancando una base legale formale, un cambiamento dell'assicuratore è ammissibile indipendentemente dal fatto che i premi e le partecipazioni ai costi siano versati o meno, è ragionevole introdurre nella legge una base legale formale per l'obbligo di pagamento dei premi e inasprire le conseguenze in caso di mora.

Nell'articolo 64a capoverso 1, che integra l'articolo 64 LAMal, è prevista una procedura di diffida scritta, che gli assicuratori devono avviare nei confronti degli assicurati in mora prima di sospendere le loro prestazioni fornite a tali assicurati.

Secondo il capoverso 2 primo periodo, per sospendere le prestazioni è sufficiente che alla procedura di diffida non segua il pagamento e che sia già stata formulata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti. Si tratta di un'innovazione dato che oggi, secondo l'articolo 90 capoverso 4 primo periodo OAMal, occorre produrre un attestato di carenza di beni per sospendere le prestazioni. La nuova disposizione garantisce l'attuazione della procedura esecutiva per debiti e, quindi, la riscossione dei premi o delle partecipazioni ai costi scaduti da parte dell'assicuratore. Essa intende mettere sotto pressione i debitori

solvibili, ma che non vogliono pagare. Non modifica la posizione né del debitore né del creditore: l'assicuratore rimane debitore delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione dei pagamenti. Non le pagherà, tuttavia, finché i premi, la partecipazione ai costi, gli interessi di mora e le spese di esecuzione non saranno interamente versati dall'assicurato stesso oppure, in presenza di un attestato di carenza di beni, dall'autorità competente designata dal Cantone. In questo modo non vi è trasferimento di costi tra assicurati, poteri pubblici e fornitori di prestazioni.

Il capoverso 2 secondo periodo garantisce che le autorità cantonali siano informate tempestivamente in merito ai pagamenti dovuti dagli assicurati in mora. Questa disposizione serve inoltre a proteggere la persona assicurata.

Il capoverso 3 corrisponde alla normativa dell'articolo 90 capoverso 4 secondo periodo OAMal. In questo modo si garantisce che la mora non provochi lacune nella protezione assicurativa, ma soltanto una sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni.

Il capoverso 4 prevede che in futuro nessun assicurato in mora possa cambiare assicuratore prima di aver pagato integralmente i premi o la partecipazione ai costi in sospeso. Questa conseguenza della mora si giustifica, da un lato, in quanto secondo le sentenze del TFA del 29 giugno 1999 in merito all'articolo 9 capoverso 3 OAMal, all'epoca vigente ma nel frattempo abrogato (cfr. DTF 125 V 266), un cambiamento dell'assicuratore è possibile anche in caso di mora e, dall'altro, i premi e le partecipazioni ai costi irrecuperabili o difficilmente recuperabili hanno raggiunto proporzioni ormai insostenibili. Il capoverso 4, in particolare, impedisce agli assicurati le cui prestazioni sono state bloccate di cambiare assicuratore al momento opportuno e quindi, diversamente da altri assicurati in mora che non cambiano assicuratore, di vedersi rimborsare le prestazioni prima di aver pagato gli importi dovuti. L'obiettivo della normativa è di proteggere la collettività degli assicurati da aumenti di premi dovuti all'impossibilità di recuperare le somme dovute da assicurati che hanno cambiato assicuratore senza avere in precedenza pagato quanto dovuto”.

Questi principi sono stati riconfermati sostanzialmente dal Consiglio federale nella risposta 14 dicembre 2007 all'Interpellanza del Consigliere nazionale Charles Favre (14.10.2007):

“L'articolo 64a LAMal, entrato in vigore il 1° gennaio 2006, obbliga l'assicuratore a sospendere l'assunzione dei costi se le partecipazioni ai costi e i premi scaduti al momento della continuazione dell'esecuzione e dopo l'avviso dell'ufficio cantonale competente non sono pagati. Con questa norma il legislatore ha intenzionalmente aumentato la pressione su ogni assicurato moroso, in particolare su quelli che, pur potendo permetterselo, non versano il dovuto. Questa misura è necessaria perché la propensione all'inadempienza dei pagamenti aumenta”.

Gli aspetti conseguenti alla sospensione delle prestazioni LAMal devono essere regolati dai Cantoni.

Al riguardo il Cantone Ticino, attraverso il Decreto legislativo (di seguito: DL) 18.09.2007, ha determinato le impostazioni del proprio modello di intervento e ha stabilito le linee direttrici di procedura.

Il Reg. LCAMal ha definito le norme di applicazione (artt. 39 a 59).

Giunto a scadenza con effetto 31 dicembre 2008, il decreto approvato in origine è stato sostituito dal DL 15.12.2008, che nella sostanza ne riconferma i principi direttori e le impostazioni procedurali.

Nell'atto di approvazione, codesto Gran Consiglio ha stabilito quanto segue (da Rapporto 6138 della Commissione della gestione e delle finanze, del 2.12.2008):

“(…) la Commissione della gestione e delle finanze chiede al Gran Consiglio:

1) di approvare il prolungamento del decreto legislativo di 1 anno, ossia dal 1.1.2009 al 31.12.2009, nella forma dell'allegato decreto;

2) omissis

- 3) *di approvare nel nuovo art. 4 (recte: 5) dell'allegato decreto legislativo una disposizione, che richiede al Consiglio di Stato di far allestire dalla SUPSI uno studio approfondito per conoscere il fenomeno degli assicurati morosi:*
- a) *per analizzare l'impatto del decreto legislativo del 18.9.2007 nel periodo 2006-2008 sugli assicurati morosi e sull'evoluzione della casistica;*
 - b) *per stimare l'impatto finanziario del fenomeno degli assicurati morosi per il Cantone in questi anni e nel medio-lungo termine (sia in caso lo scenario attuale si perpetui, sia in caso si applichi la modifica concordata dalla Conferenza dei Direttori della Sanità e da Santéuisse);*
 - c) *per valutare eventuali correttivi giuridici al decreto legislativo allegato, alla LCAMal o al Regolamento LCAMal da mettere in vigore a partire del 1.1.2010: si tratta di valutare anche i suggerimenti contenuti in atti parlamentari (tra cui il prelievo alla fonte dei premi, esaminato dal messaggio a pag. 8) e l'efficacia delle legislazioni degli altri cantoni nel medesimo periodo 2006-2008.*

Lo scopo è:

- 1. *migliorare la sostenibilità finanziaria per il Cantone;*
- 2. *responsabilizzare i Comuni (in numerosi Cantoni i Comuni assumono un ruolo centrale sia a livello finanziario, sia a livello di prevenzione e cura del problema);*
- 3. *favorire l'intervento di enti sociali quali gli sportelli LAPS, commissioni tutorie regionali;*
- 4. *responsabilizzare gli assicurati che non pagano premi e partecipazioni ai sensi dell'art. 64a LAMal".*

Lo studio allestito dalla SUPSI è stato consegnato nella seconda metà del mese di luglio 2009 e figura allegato al presente Messaggio (SUPSI, *Studio sul fenomeno degli assicurati morosi, M. Egloff, luglio 2009*).

Esso risponde ai quesiti posti dal Parlamento, unitamente ai complementi che sono contenuti in questo Messaggio.

II. PRINCIPI DIRETTORI DEL MODELLO CANTONALE DI INTERVENTO

Al riguardo si richiama l'esposto contenuto nel Messaggio n. 6138, del 4 novembre 2008 (Titolo 2).

Le impostazioni dell'intervento diretto del Cantone, determinate a partire dai criteri direttori contenuti sia nel DL 18.09.2007, sia nel Regolamento di applicazione della LCAMal (Reg. LCAMal), sono state nel frattempo approfondite, e perfezionate, alla luce delle esperienze pratiche.

Queste si fondano in modo particolare sui due criteri di base seguenti:

- a) *responsabilizzazione dell'assicurato con sospensione delle prestazioni LAMal nei confronti dei doveri soggettivi di legge legati sia ai pagamenti in sè, sia alla regolarità e alla tempestività dei medesimi. L'obiettivo è quello di evitare che l'intervento del Cantone si traduca in una semplice linea di credito a beneficio degli assicurati in difficoltà nei pagamenti ordinari legati alla LAMal. Pur riconoscendo come la cerchia degli assicurati toccati dalla sospensione delle prestazioni sia connotata da pronunciati problemi di ordine sociale, economico e sovente anche legati alla gestione delle incombenze ordinarie di vita, questo Consiglio di Stato resta convinto che ogni intervento da parte del Cantone non possa prescindere da una solida, ma anche rigorosa, azione di responsabilizzazione individuale. Il pagamento degli oneri legati*

alla LAMal, pur con tutte le difficoltà che possono manifestarsi – e ciò soprattutto a livello delle frange socioeconomiche molto modeste –, resta pur sempre un obbligo di legge;

- b) prevenzione del fenomeno nella misura del possibile e contenimento del periodo di durata della sospensione. Le ragioni di fondo sono essenzialmente le seguenti:
- le difficoltà di rientro in forma autonoma e con mezzi propri nel circuito assicurativo ordinario. Per farlo occorre infatti aver pagato integralmente gli oneri scoperti, costituiti non solo dai premi o dalle partecipazioni LAMal, ma anche dalle spese esecutive e dagli interessi moratori (art. 64° cpv. 3 LAMal);
 - le possibilità di rientro autonomo in una situazione ordinaria sono direttamente correlate alla durata temporale del periodo in cui un assicurato si trova in sospensione di prestazioni;
 - la consapevolezza che, per le ragioni che precedono, più perdura il periodo di sospensione, il rientro autonomo nel circuito assicurativo ordinario diventa quasi impossibile, in ragione dell'accumularsi dei crediti scoperti;
 - l'esigenza di prevenire le ricadute in situazione di sospensione da parte di assicurati che sono rientrati nel circuito ordinario con – ma anche senza – l'ausilio del Cantone. In questo caso, laddove le risorse individuali appaiono deficitarie, è indispensabile l'affiancamento della persona interessata con una figura che possa garantire il regolare pagamento futuro degli oneri legati alla LAMal. Trattandosi di una cerchia di livello socioeconomico basso, il rischio di una recidiva in fatto di sospensione delle prestazioni si rivela manifesto.

In questo contesto si configura di importanza fondamentale il ruolo, ma anche il contributo, dei Comuni, a partire sia dalle conoscenze dirette di prossimità, ma anche in ragione delle possibilità di intervento mirato che le leggi conferiscono agli enti locali; che possono andare dall'azione di sostegno in casi di difficoltà nella gestione delle pratiche amministrative ordinarie correnti, al promovimento di interventi finalizzati al raggiungimento, o al mantenimento, del minimo vitale, fino all'attivazione di provvedimenti che si rifanno al diritto tutorio.

In quest'ordine di idee è in atto un'accentuazione del coinvolgimento dei Comuni, anche attraverso il sostegno dell'Amministrazione cantonale verso gli enti locali circa la natura degli interventi possibili, così come le modalità di una loro implementazione.

III. SOLUZIONE DEFINITIVA A LIVELLO FEDERALE

L'impostazione seguita dal nostro Cantone ha raggiunto gli obiettivi prefissati, che possono essere sintetizzati come segue:

1. protezione totale dei minorenni: ai minorenni non possono derivare conseguenze in ragione di omissioni, o inadempienze, da parte dei genitori nell'ambito del pagamento degli oneri LAMal obbligatori per legge;
2. tutela della salute individuale: attraverso la garanzia delle *cure di prima necessità* (art. 43 Reg. LCAMal) a chi si trova in stati di bisogno sanitario;
3. misure di prevenzione della sospensione: sotto forma di azioni concrete finalizzate a:
 - promuovere il rientro precoce nel circuito ordinario di protezione assicurativa;
 - prevenire future situazioni di sospensione delle prestazioni attraverso l'incentivazione al pagamento autonomo degli oneri LAMal.

Inoltre i costi che ne derivano sono contenuti in rapporto ad altri modelli cantonali, e segnatamente nei confronti di quelli che sono impostati a partire dal modello delle convenzioni [ma su questo aspetto si tornerà più compiutamente di seguito (cfr. Titoli VI.2.2 e VII)].

Questo Consiglio resta tuttavia dell'idea che una vera soluzione del problema può essere raggiunta solo a livello federale, con un modello di intervento univoco e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Del resto anche il Consiglio federale ammette che l'introduzione dell'art. 64a LAMal possa aver causato problemi.

Così si è infatti espresso l'Esecutivo federale nella risposta 30 maggio 2007 al postulato di Gisèle Ory circa le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (del 5.03.2007):

“Secondo il Consiglio federale procedere a poco più di un anno dalla sua entrata in vigore a una valutazione approfondita degli effetti di tale disposizione, come chiesto nel postulato, è prematuro. Per questa ragione il Consiglio federale respinge l'esame richiesto come pure il postulato.

L'applicazione del nuovo disciplinamento ha effettivamente messo in evidenza determinati malfunzionamenti. Ciò spiega la decisione del Dipartimento federale dell'interno (DFI) e della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-CN) di occuparsi essi stessi in modo approfondito della problematica”.

IV. EVOLUZIONE DEL FENOMENO

1. A livello numerico

Sul piano nazionale non vi è un monitoraggio di dettaglio del fenomeno, ragione per la quale ci si fonda solo su stime di grande massima, la cui attendibilità è comunque assai debole.

Lo stesso dicasi per altri Cantoni.

Nel Cantone Ticino il fenomeno viene per contro monitorato nel dettaglio.

Purtroppo l'unica fonte di popolamento della banca dati è costituita dagli annunci degli assicuratori malattie, che, nonostante una base legale federale esplicita anche per quanto attiene alle responsabilità conferite ai Cantoni (art. 64a cpv. 2 LAMal) e la relativa regolamentazione cantonale di applicazione (art. 39 Reg. LCAMal), si rivelano lacunosi in più punti.

Nel quadro dell'applicazione di un'assicurazione sociale a carattere universale, è più che legittimo attendersi una ben maggiore sensibilità da parte degli assicuratori nel perseguimento e nella realizzazione di chiari obiettivi sociali verso una delle cerchie più deboli della popolazione.

Purtroppo, in questo contesto, il fatto che altri Cantoni non si orientino verso un monitoraggio di dettaglio del fenomeno non aiuta a migliorare in modo quasi naturale la collaborazione, indispensabile, da parte degli assicuratori.

In base ai dati più recenti (situazione al 31 agosto 2009) così si presenta la situazione nel nostro Cantone:

- n. di assicurati sospesi: 14'533 (4.5% della popolazione totale)
- n. di riammissioni: 1'954

La tabella seguente illustra la sintesi dell'evoluzione del fenomeno.

	EVOLUZIONE MENSILE (dato medio)	
	SOSPENSIONI	RIAMMISSIONI
2007	+ 484	+ 26
2008	+ 160	+ 44
2009	+ 132	+ 126

Considerazioni:

- sospensioni: pur denotando una flessione nel valore medio di evoluzione, anche i dati minimi risultano pur sempre elevati in rapporto alle conseguenze sociali del fenomeno;
- riammissioni: i valori assoluti sono molto contenuti e indicano la difficoltà di rientro in modo autonomo nel circuito assicurativo ordinario.
Bisogna poi considerare che gran parte delle riammissioni sono determinate dall'intervento diretto del Cantone, di regola per malattia grave dell'assicurato, attraverso l'assunzione dei crediti scoperti pregressi.
Ciò avviene anche quando verso l'assicurato viene istituita una curatela, o una tutela, oppure entra in linea di conto la figura del "garante sociale" (art. 40 cpv. 2 Reg. LCAMal).

2. Tasso di assicurati sospesi con ACB

La tabella seguente illustra l'evoluzione del tasso di assicurati - maggiorenni - con sospensione delle prestazioni LAMal nei confronti dei quali è già stato emesso almeno un attestato di carenza di beni (di seguito: ACB).

	TASSO ACB IN ASSICURATI SOSPESI	
	luglio 2008	luglio 2009
TOTALE	82.7%	85.2%
> 25 anni	85.6%	87.7%
≤ 25 anni	56.5%	62.9%

Considerazioni:

- la progressione è evidente in tutti e tre i contesti di indagine: sia nei dati globali, sia nelle due sottocategorie considerate;
- la tendenza è inevitabilmente quella di una crescita continuata dei tassi nel tempo, con valore tendenziale al 100%.

Da rilevare che la constatazione del fatto che verso l'85.2% degli assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal sia già stato emesso almeno un ACB, non legittima a concludere che il restante 14.8% non sia a rischio di ACB.

Anzi: è vero il contrario.

Bisogna infatti considerare almeno i due fattori seguenti: in questo 14.8% si trovano:

- persone toccate da pignoramento di salario, quindi ancora, al momento, senza ACB;
- persone nei confronti delle quali i processi di esecuzione sono ancora in corso. L'emissione di ACB segue di circa un anno e mezzo l'interruzione del pagamento degli oneri obbligatori dovuti in forza di legge; e ciò considerati (i) i tempi tecnici di diffida verso l'assicurato (art. 64a cpv. 1 e 2 LAMal) e (ii) i tempi tecnici legati alle pratiche di esecuzione.

Ciò significa che con tutta verosimiglianza i crediti scoperti LAMal a partire dalla fine del 2007 non sono ancora sfociati nell'emissione di ACB, ma lo saranno solo in tempi successivi.

3. Tasso di assicurati sospesi con almeno 2 ACB nel corso degli ultimi 2 anni

La tabella seguente riporta i dati relativi agli assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal a cui sono stati emessi almeno due ACB nel corso degli ultimi 2 anni (ossia a far tempo da luglio 2007), con evidenziate le seguenti due categorie di assicurati:

- tasso relativo al totale degli assicurati con sospensione delle prestazioni;
- tassi relativi agli assicurati con sospensione delle prestazioni che sono dovuti ricorrere a cure di prima necessità (art. 43 Reg. LCAMal) presso le strutture di EOC o OSC.

		TASSO SOSPESI CON ALMENO 2 ACB NEGLI ULTIMI 2 ANNI	
TOTALE SOSPESI		78.4%	
Per assicurati sospesi bisognosi di cure di prima necessità			N° DI PERSONE
EOC 2006-2007		95.1%	1'308
OSC 2006-2007		99.1%	348
EOC-OSC 2006-2007		96.1%	1'656
EOC 2006-2008		93.8%	4'671

Considerazioni:

- il numero di persone interessato è significativo al fine di giungere a conclusioni essenziali;
- spicca il tasso elevato legato ad assicurati bisognosi di cure di prima necessità;
- il tasso relativo ad assicurati con malattie psichiatriche sfiora il 100%;
- anche in questo contesto valgono le considerazioni di cui al Titolo IV.2 relativamente ai tempi tecnici che intercorrono tra il mancato pagamento degli oneri obbligatori LAMal e l'emissione di ACB dopo le procedure di incasso forzato.

4. Conclusioni settoriali

I dati riportati al Titolo IV illustrano quanto segue:

- il fenomeno della sospensione delle prestazioni LAMal denota una crescita costante;
- il livello di indebitamento della popolazione con sospensione delle prestazioni è elevato, con un tasso di debitori escussi pure in crescita [ma su questo aspetto si ritornerà più oltre con un'analisi di dettaglio della situazione debitoria (cfr. Titolo VIII)].

V. AZIONI SUL PIANO FEDERALE

1. Iniziativa del Cantone Ticino

In data 17 settembre 2007 il deputato Manuele Bertoli ha depositato la proposta di risoluzione (iniziativa cantonale) chiedendo *“che il Gran Consiglio ticinese proponga formalmente alle Camere federali l’abrogazione dell’art. 64a LAMal, a partire dalle seguenti premesse:*

“La messa in pratica di questo articolo protegge il creditore cassa malati come nessun altro creditore nel nostro Paese, e l’alto costo dei premi di cassa malattia ha gettato decine di migliaia di persone in Svizzera nella situazione di “assicurati insolventi”. Si stima che il numero sia vicino a 200’000 cittadine e cittadini. Nel nostro Cantone tale cifra arriva ormai a quota 10’000 persone.

Coscienti delle implicazioni socialmente rilevanti di questa situazione, Cantoni e Comuni stanno cercando soluzioni ad un problema creato dalla Confederazione, che può però essere risolto solo abrogando questa norma e tornando alla situazione anteriore al 1° gennaio 2006. È infatti inaccettabile che migliaia di persone che vivono nel nostro Paese risultino praticamente sprovviste di copertura sanitaria, quando tale principio è uno dei cardini della LAMal. Anche la Conferenza dei direttori dell’azione sociale chiede tale abrogazione, che in pratica è equivalsa a un travaso di costi sociali dalla Confederazione ai Cantoni”.

Nel proprio Rapporto 16.09.2008 la Commissione della gestione e delle finanze così conclude:

“Per queste ragioni, con la presente proposta di iniziativa cantonale si chiede che il Gran Consiglio ticinese proponga formalmente alle Camere federali l’abrogazione dell’art. 64a LAMal”.

In data 20 ottobre 2008 codesto Gran Consiglio ha approvato le conclusioni del predetto Rapporto commissionale con 61 voti favorevoli e 5 astenuti.

L’argomento è poi stato affrontato dal Consiglio degli Stati, la cui Commissione della sicurezza sociale e della sanità, proponendo con 8 voti contro 3 di non dar seguito all’iniziativa, così si è espressa nel proprio Rapporto 11.05.2009:

“La Commissione riconosce che la situazione non è soddisfacente. L’articolo 64a LAMal, entrato in vigore il 1. gennaio 2006, non ha raggiunto pienamente l’obiettivo prefissato, poiché il problema del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi non è stato risolto. L’introduzione del nuovo sistema ha incontrato problemi a livello di esecuzione. A tal proposito, si sono tenute numerose discussioni tra assicuratori, Cantoni e Confederazione. Tuttavia, un’abrogazione dell’articolo 64a aggiunto dal Parlamento nel 2005 non sembra essere la soluzione ottimale. La Commissione sostiene invece all’unanimità un’iniziativa parlamentare della Commissione del Consiglio nazionale, incaricata di elaborare un progetto in base a una proposta del Dipartimento federale dell’interno (DFI), secondo cui la sospensione delle

prestazioni dev'essere abrogata e i Cantoni, a titolo di controprestazione, devono assumere l'85 per cento dei debiti in sospeso che hanno condotto alla notifica dell'attestato di carenza di beni. Il progetto dovrà altresì tener conto del problema degli assicurati che non pagano i premi pur avendone le possibilità”.

Da rilevare in ogni caso che la predetta Commissione riconosce che:

- la situazione conseguente all'art. 64a LAMal non è soddisfacente;
- l'art. 64a LAMal non ha raggiunto totalmente l'obiettivo che si era prefissato;
- l'introduzione del nuovo sistema legato all'art. 64a LAMal ha determinato problemi nella messa in esecuzione.

La stessa Commissione, pur manifestando il proprio orientamento favorevole verso la proposta del DFI (i Cantoni dovrebbero prendere a carico l'85% dei costi derivanti da ACB, come più compiutamente si dirà in prosieguo), preconizza comunque che *“Il progetto dovrà altresì tener conto del problema degli assicurati che non pagano i premi pur avendone le possibilità”.*

Quest'ultimo aspetto è presente, in particolare, nella Mozione Philipp Stähelin (CS) e nell'Iniziativa parlamentare Toni Bortoluzzi (CN); argomenti sui quali si tornerà in prosieguo.

In data 11 giugno 2009 il Consiglio degli Stati, aderendo alle conclusioni dal Rapporto commissionale, ha risolto di non dar seguito all'Iniziativa.

2. Trattative tra CDS e santésuisse

La Conferenza svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della sanità (CDS) si è fatta promotrice di due tornate di trattative distinte con santésuisse nella finalità di giungere ad una soluzione concordata.

La prima trattativa è già stata oggetto di esame nel Messaggio n. 6138, del 4.11.2008; e meglio in questi termini:

“Nel corso del 2007 sono state intraprese trattative tra la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e santésuisse, che hanno portato all'approvazione, da parte dei Cantoni, di un modello di intervento simile a quanto già conosciuto attraverso il previgente diritto ticinese e l'attuale modello convenzionale romando: i Cantoni pagano al momento della presentazione di un attestato di carenza di beni da parte degli assicuratori, senza la possibilità per quest'ultimi di decretare la sospensione delle prestazioni.

Purtroppo il plenum degli assicuratori ha fatto fallire questa prospettiva, avanzando la pretesa di poter comunque procedere alla sospensione delle prestazioni in caso di divergenze con i Cantoni”.

Non essendo giunto a buon fine questo primo tentativo, in data 23 ottobre 2008 il Comitato direttore della CDS e il Consiglio di amministrazione di santésuisse hanno messo a punto un secondo modello, le cui caratteristiche possono così essere riassunte:

- soppressione della possibilità di decretare la sospensione delle prestazioni;
- in caso di morosità nei pagamenti gli assicuratori procedono per via esecutiva;
- in caso di ottenimento dell'ACB, i Cantoni avrebbero pagato, entro un termine ristretto, l'85% del valore relativo a premi, partecipazioni, spese esecutive e interessi di mora (ad esclusione dunque delle spese amministrative dell'assicuratore);
- la gestione degli ACB era lasciata completamente agli assicuratori.

Sul tavolo delle trattative sono pure state poste le questioni seguenti:

- regolazione del periodo dal 1° gennaio 2006 all'entrata in vigore della novella legislativa (pagamento retroattivo da parte dei Cantoni);
- modifica dell'art. 65 LAMal per il versamento degli importi di riduzione di premio attraverso gli assicuratori (soluzione storica per il Cantone Ticino) e non per mezzo di versamenti diretti agli assicurati.

Questo modello ha ottenuto l'adesione di tutti i Cantoni, nonostante un grosso punto debole, messo in evidenza a più riprese dal Cantone Ticino.

Lasciando la gestione degli ACB interamente agli assicuratori, di fatto i Cantoni si sarebbero trovati a versare a fondo perso somme ingenti, superiori, in base a nostre stime, a 300 milioni di franchi all'anno – importo destinato ad ampliarsi viepiù nel tempo in ragione dell'aumento progressivo sia dei premi LAMal, sia del numero di assicurati oggetto di procedimenti esecutivi –; all'atto pratico, dunque, senza alcuna possibilità di ricupero al momento in cui l'assicurato sospeso avesse raggiunto condizioni economiche migliori.

In pratica ogni provento conseguente alla realizzazione di ACB sarebbe stato incamerato dagli assicuratori.

Al riguardo non bisogna dimenticare che il periodo di perenzione degli ACB, ai sensi della LEF, si estende su un periodo di 20 anni.

Nonostante questo orientamento a loro ampiamente - troppo, a giudizio del Cantone Ticino - favorevole, gli assicuratori in definitiva non hanno aderito.

3. Proposta del DFI

Preso atto del fallimento delle trattative dirette tra CDS e santésuisse, in data 24 febbraio 2009 il Consigliere federale Pascal Couchepin ha convocato le parti, sottoponendo loro un modello alternativo, che ha ottenuto l'adesione della CDS ma ha incontrato il rifiuto da parte di santésuisse.

Ritenuta l'impossibilità di trovare una soluzione unanimemente concordata, il Consigliere federale Pascal Couchepin ha sottoposto il progetto alla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale.

A grandi linee il modello prevede quanto segue:

- soppressione della possibilità di decretare la sospensione delle prestazioni;
- in caso di morosità nei pagamenti gli assicuratori procedono per via esecutiva;
- in caso di ottenimento dell'ACB, i Cantoni prendono a carico l'85% del valore relativo a premi, partecipazioni, spese esecutive e interessi di mora (ad esclusione dunque delle spese amministrative dell'assicuratore);
- la gestione degli ACB è lasciata completamente agli assicuratori.

Fin qui il modello DFI ricalca quasi totalmente la proposta decaduta a livello di trattative dirette tra CDS e santésuisse.

Le novità specifiche, proprie del modello DFI, sono le seguenti:

- qualora gli assicuratori malattie realizzano incassi dal riscatto degli ACB da parte del titolare, essi sono tenuti a versare il 50% del ricavo ai Cantoni;
- l'entrata in vigore del modello è stabilita dal Consiglio federale, dopo l'approvazione da parte del Parlamento (viene pertanto a decadere ogni pretesa retroattiva; e meglio per il periodo dal 1° gennaio 2006 all'entrata in vigore della novella legislativa);
- il versamento della riduzione dei premi deve avvenire tramite gli assicuratori malattie (in pratica viene abolita la possibilità, ancora oggi utilizzata da 13 Cantoni, di versare gli importi di RP direttamente agli assicurati).

Gli assicuratori malattie hanno già fatto conoscere il loro rifiuto.

Dal canto loro alcuni Cantoni giudicano inadeguato il fatto di mettere in relazione la soluzione legata alla sospensione delle prestazioni con le procedure di versamento della riduzione dei premi.

L'argomento è stato nel frattempo affrontato dal Consiglio nazionale (cfr. Titolo V.6), ma non ancora dal Consiglio degli Stati.

Bisogna inoltre considerare che questa non è l'unica proposta all'esame parlamentare (al riguardo si rimanda al Titolo V.4).

A giudizio dello scrivente Consiglio di Stato, se questa proposta del DFI può essere ritenuta interessante perché non contempla pagamenti relativi a periodi precedenti, d'altro canto non risolve completamente la questione legata alla possibilità, per i Cantoni, di recuperare gli ingenti oneri finanziari che questo modello implica al momento in cui l'assicurato avesse a tornare a miglior fortuna.

Il rischio che, dopo aver ottenuto il pagamento dell'85% da parte del Cantone, gli assicuratori malattie "svendano" gli ACB, è tutt'altro che remoto.

Per tutelare, almeno parzialmente, le possibilità di ricupero da parte dei Cantoni, occorrerà, a livello di ordinanza, fissare chiaramente la norma secondo cui il tasso di riscatto degli ACB da parte degli assicurati interessati è, di principio, del 100%.

Il margine di trattativa, in sede transattiva, non dovrà scendere sotto il tasso dell'80% del valore reale, e la transazione dovrebbe poter essere attivata solo con l'accordo scritto, in via preliminare, da parte del Cantone interessato su ogni singola pratica.

A mente di questo Consiglio, la soluzione più appropriata, e anche opportuna, sarebbe comunque quella di prevedere formalmente la possibilità, per i Cantoni che sono interessati, di ottenere l'ACB originale a intervenuto pagamento dell'85% del valore venale dell'attestato, relativamente a premi, partecipazioni, spese esecutive e interessi di mora.

Per le spese amministrative, in quanto non riconosciute dal versamento dei Cantoni, dovrebbe essere data la possibilità al singolo assicuratore di rilanciare una procedura di incasso forzato al momento in cui l'assicurato interessato dovesse addivenire a miglior fortuna.

4. Proposte parlamentari alternative

Al di là della proposta del DFI precedentemente analizzata, a livello parlamentare sono pendenti due atti:

- Consiglio degli Stati: Mozione 12.03.2009 di Philipp Stähelin (32 cofirmatari);
- Consiglio Nazionale: Iniziativa parlamentare 16.03.2009 di Toni Bortoluzzi (11 cofirmatari).

Gli atti parlamentari di cui sopra sono assolutamente identici nella formulazione e si fondano sui presupposti seguenti:

“Testo depositato

L'articolo 64a LAMal e gli altri atti normativi necessari vanno modificati affinché chi non paga i premi di cassa malati nonostante la sua situazione economica glielo consenta sia inserito in un elenco accessibile ai fornitori di prestazioni, ai comuni e al cantone. Nei confronti di una persona figurante nell'elenco, i fornitori sono tenuti a erogare prestazioni unicamente nei casi d'urgenza. Affinché l'inserimento e lo stralcio dall'elenco possano essere effettuati correttamente, gli assicuratori devono notificarli nella debita forma.

Motivazione

Da alcuni anni è in corso una disputa tra assicuratori-malattie e cantoni riguardo a chi sia tenuto a farsi carico delle prestazioni previste dalla LAMal quando il fruitore delle stesse non paga i premi di cassa malati benché la sua situazione economica glielo consenta (poiché dispone dei mezzi necessari o perché beneficia di una riduzione dei premi). Anziché risolvere il problema alla radice e chiedersi se sia opportuno continuare a erogare le prestazioni, assicuratori e cantoni si scontrano sulla chiave di ripartizione, mentre gli assicurati in mora continuano a beneficiare della piena copertura sanitaria. Nel novembre 2007 il cantone di Turgovia ha introdotto con successo un nuovo sistema che garantisce la piena soddisfazione delle autorità e dei fornitori di prestazioni: i nominativi delle persone che non pagano i premi, pur avendone i mezzi e nonostante diffida, sono inseriti in una banca dati. Se figurano nella banca dati, gli interessati hanno diritto alle cure unicamente nei casi d'urgenza.

Questa prassi impedisce che gli assicurati in mora possano beneficiare della piena copertura prevista dalla LAMal, e li sprona quindi a pagare i premi, il tutto a beneficio di una maggiore serietà nei pagamenti e del senso di responsabilità degli interessati. Inoltre, i fornitori non erogano più prestazioni (eccezion fatta per i casi d'urgenza) se i premi non sono stati versati, il che permette di risolvere il problema delle prestazioni non pagate e mette fine alla disputa tra assicuratori e cantoni”.

Il Consiglio federale, rispondendo in data 13 maggio 2009 alla Mozione Stähelin, si è determinato come segue:

“Il Consiglio federale è consapevole della necessità e dell'urgenza di trovare una soluzione al problema della sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di mancato pagamento dei premi o delle partecipazioni ai costi. Per questa ragione, dopo la rottura dei negoziati tra i cantoni e gli assicuratori-malattie annunciata il 16 febbraio 2009, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha riportato al tavolo delle trattative la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e Santésuisse per trovare una soluzione valida già dal 2010. Il DFI ha sottoposto alla CSSS-N una proposta emersa da questa discussione. Spetta ora al Parlamento adottare, su questa base, un disciplinamento. Tenuto conto delle circostanze, il Consiglio federale non ritiene opportuno elaborare una nuova proposta e propone pertanto di respingere la mozione.

Il Consiglio federale ritiene peraltro che la richiesta dell'autore della mozione sollevi diversi problemi: al di là delle molteplici questioni legate al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, nonché alla realizzazione della misura e ai costi provocati, la limitazione dell'accesso alle cure delle persone che figurano nell'elenco degli assicurati in mora contravviene al principio secondo cui tutti gli assicurati, senza eccezioni, hanno il diritto di accedere alle cure. La misura proposta non permetterebbe inoltre di risolvere la questione del mancato pagamento dei premi da parte degli assicurati”.

Da rilevare che il Consiglio federale riconosce la “necessità” e “l'urgenza” di trovare un'alternativa alla situazione attualmente determinata dall'art. 64a LAMal.

In data 4 giugno 2009 il Consiglio degli Stati ha comunque deciso di sottoporre la Mozione, per esame preliminare, alla propria Commissione della sicurezza sociale e della sanità.

Dal canto suo, in data 26 giugno 2009, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio Nazionale ha risolto di dar seguito all'Iniziativa parlamentare Toni Bortoluzzi.

5. Lavori parlamentari

In data 28 agosto 2009 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale, con 13 voti favorevoli, 7 contrari e 4 astensioni, ha proposto al Parlamento la modifica dell'art. 64a LAMal, riprendendo sostanzialmente il modello avanzato dal DFI (cfr. Titolo V.3).

Da rilevare che nel suo Rapporto al Parlamento, questa Commissione ha riconosciuto esplicitamente anche l'importanza dell'Iniziativa del Cantone Ticino in materia (cfr. Titolo V.1):

«La révision de la loi vise à apporter une solution sur le long terme en supprimant la suspension de la prise en charge des coûts, en définissant une procédure claire, en réaffirmant la responsabilité financière des cantons et des assureurs et en fixant la manière dont doivent être traitées les créances accumulées jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de l'art. 64a LAMal. Cette dernière privilégie le retour à la situation en vigueur avant le 1^{er} janvier 2006, comme le demande l'initiative du canton du Tessin « Loi fédérale sur l'assurance-maladie » (08.323 é). En résumé, le projet vise à supprimer la suspension de la prise en charge des coûts et à imposer aux cantons de prendre à leur charge la majeure partie des créances ayant conduit à la délivrance d'un acte de défaut de biens».

Gli aspetti specifici contenuti in questo progetto di modifica legislativa sono sintetizzati come segue:

- l'assicuratore deve conservare gli attestati di carenza di beni fino al pagamento integrale dei crediti scoperti. In questo modo si previene il pericolo legato a transazioni a basso tasso di incasso, come già messo in evidenza in questo Messaggio (cfr. Titolo V.3). Se è vero che ciò migliora la situazione, è però altrettanto vero che non elimina tutti i problemi legati alla tutela delle finanze del Cantone al momento in cui l'assicurato migliora la propria situazione economica o addirittura avviene a miglior fortuna. Al proposito si riconfermano le principali perplessità già esposte al Titolo V.3;
- è ripreso il principio del pagamento della riduzione dei premi attraverso gli assicuratori malattie, con l'aggiunta che lo scambio dei dati deve avvenire secondo uno *standard* uniforme sul piano nazionale, fissato dal Consiglio federale. In caso di accettazione di questo principio, anche il nostro Cantone dovrà modificare i processi informatici di comunicazione dei dati agli assicuratori.

6. Decisione del Consiglio Nazionale

La proposta della propria Commissione della sicurezza sociale e della sanità è stata dibattuta dal Consiglio Nazionale in data 24 settembre 2009.

La Camera del popolo ha riconosciuto la necessità di intervenire su una situazione divenuta viepiù problematica in ragione delle conseguenze dell'art. 64a LAMal nella formulazione odierna, e di conseguenza di proporre un modello legislativo alternativo.

La proposta commissionale ha ottenuto l'adesione del *plenum* con 165 voti favorevoli e 1 contrario, con tuttavia due modifiche importanti:

- con 109 voti favorevoli contro 58 contrari è stato accolto un emendamento di Toni Bortoluzzi, proposto in data 22 settembre 2009, del seguente tenore:

“Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré le rappel et la poursuite, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, les communes et le canton concerné. Les assureurs avisent le service cantonal compétent d'une éventuelle suspension de la prise en charge des coûts des prestations ainsi que de son annulation”.

L'obiettivo sarebbe quello di mantenere una pressione sugli assicurati che, pur avendone i mezzi, non sono in regola con i pagamenti d'obbligo;

- è stato parimenti accolto, con 101 voti favorevoli e 69 contrari, l'emendamento di Pierre Triponez, presentato il 22 settembre 2009, e sostenuto da Claude Ruey, presidente del Consiglio di amministrazione di santésuisse, in base al quale ogni ricavo dal riscatto degli ACB deve restare integralmente agli assicuratori. In pratica, nonostante il parere contrario del Consiglio federale, è stata tolta ai Cantoni la possibilità di ottenere il riversamento di almeno il 50% degli introiti conseguenti all'incasso per l'annullamento degli ACB.

In pratica si è trattato di un compromesso tra la proposta della Commissione della sicurezza sociale e della sanità e l'Iniziativa Bortoluzzi, con due aspetti che questo Consiglio giudica negativamente:

- a) la mancanza di una soluzione univoca a livello nazionale, dove in alcuni Cantoni non ci saranno sospensioni di prestazioni mentre in altri sì. Una regolamentazione di dettaglio di questo aspetto legislativo non si rivela pertanto operazione facile;
- b) ma soprattutto l'impossibilità di qualsiasi recupero degli ingenti oneri finanziari che i Cantoni saranno chiamati a fornire, nel caso in cui le condizioni economiche dell'assicurato oggetto di precedente aiuto sono migliorate.

Un orientamento, questo, che lo scrivente Consiglio di Stato non può seguire, in quanto i Cantoni saranno chiamati a pagare l'85% non solo dei premi e delle partecipazioni, ma anche delle spese esecutive e degli interessi di mora fatti registrare dagli assicuratori. In ragione di ciò, appare più che logico che al momento della realizzazione di utili a seguito del riscatto degli ACB ne debbano beneficiare in primo luogo i Cantoni, i quali si devono accollare la quasi totalità degli oneri. Al riguardo si rimanda alle considerazioni espresse in questo Messaggio ai Titoli V.2, V.3 e V.5.

VI. LA SITUAZIONE IN ALTRI CANTONI

1. Quadro generale

In ragione del fatto che il discorso relativo ai mancati pagamenti in ambito LAMal si è riaperto sul piano nazionale, ma anche perché è difficile immaginare a livello cantonale la soluzione ideale, sia di modificare un indirizzo già scelto, non si registrano novità rispetto alla situazione descritta nel Messaggio n. 6318 del 4 novembre 2008 in questi termini:

“Nonostante l'art. 64a cpv. 2 LAMal imponga agli assicuratori di pronunciare la sospensione delle prestazioni in caso di mora nei pagamenti, previe diffide di legge, per certi versi stranamente l'art. 105c cpv. 6 OAMal prevede una deroga; e meglio nei termini seguenti:

⁶Se garantisce la presa a carico o il rimborso forfetario dei premi, delle partecipazioni ai costi, degli interessi di mora e delle spese d'esecuzione irrecuperabili, il Cantone può convenire con uno o più assicuratori le condizioni alle quali gli assicuratori rinunciano a sospendere la presa a carico dei costi.

A partire da questi presupposti, certi Cantoni hanno promosso dei modelli convenzionali con gli assicuratori.

Si tratta dei Cantoni romandi - per Friburgo: i maggiori agglomerati - e Basilea Città.

Il modello convenzionale si basa su questo principio di fondo: lo Stato paga gli arretrati al momento della presentazione dell'attestato di carenza di beni (ACB) da parte dell'assicuratore, che a sua volta si impegna convenzionalmente a non pronunciare

sospensioni a partire dal momento in cui chiede la prosecuzione della procedura di esecuzione, fino all'ottenimento dell'ACB.

(...)

Il Canton Berna non ha sottoscritto una convenzione, ma paga celermente le pretese degli assicuratori al momento della presentazione degli ACB.

La variante del Canton Zurigo prevede il pagamento cantonale solo a partire dagli ACB, con raccomandazione ai Comuni di prendere a carico preventivamente i premi LAMal per i casi a rischio.

In altri Cantoni sono prevalentemente i Comuni preposti alla presa carico degli ACB”.

2. Circa il modello convenzionale

2.1 Problematiche nell'applicazione

Nonostante in un primo tempo il Consiglio federale abbia indicato nel modello convenzionale una soluzione percorribile [cfr. risposte ai già citati Postulato Ory (5.03.2007) e Interpellanza Favre (4.10.2007)], a livello di applicazione pratica si possono incontrare problemi anche importanti.

Occorre anzitutto osservare che il principio delle convenzioni non è contenuto nella legge, ma solo a livello di ordinanza.

Ciò, a non averne dubbio, costituisce una debolezza intrinseca.

Inoltre l'ordinanza reca solo le indicazioni relative al principio. La regolamentazione dei particolari è pertanto lasciata alle singole impostazioni convenzionali, tra loro anche assai dissimili.

Infine, non avendo valore di legge, in caso di disaccordo circa l'applicazione singoli assicuratori malattie possono denunciare la convenzione. In queste circostanze nel medesimo Cantone vengono a determinarsi due situazioni diverse: l'impossibilità di sospensione di cui beneficia la parte di popolazione iscritta presso assicuratori legati da convenzione, e la sospensione delle prestazioni che viene decretata nei confronti di persone affiliate ad assicuratori senza convenzione.

Al proposito così si esprime il prof. dr. Adriano Previtali nella sua dissertazione dal titolo già di per sé emblematico *“La LAMal et l'érosion du droit fondamental aux soins”* (In plaidoyer 2/09 pag. 57-58):

«Pour pallier les effets pervers de l'art. 64a LAMal, certains cantons - surtout romands - et assureurs ont utilisé la possibilité offerte par l'art. 105c al. 6 OAMal, entré en vigueur en août 2007, de conclure des conventions relatives au remboursement des montants dus par les assurés. Ces conventions mettent en place un système assez complexe visant notamment à unifier les procédures applicables afin de départager les mauvais payeurs solvables des assurés insolubles.

Les conventions en question prévoient en substance que les assureurs renoncent à suspendre le droit à la couverture d'assurance, moyennant la prise en charge intégrale par le canton des arriérés des assurés insolubles. L'insolvabilité doit être prouvée par l'assureur à travers l'ouverture d'une procédure conforme à la LP qui doit déboucher sur la remise d'un acte de défaut de biens. Au terme de cette procédure, le canton prendra en charge les sommes arriérées.

(...)

La solution mise en place par ces conventions se révèle insatisfaisante. D'une part, parce que ces conventions n'ont été adoptées que par certains cantons et pas par d'autres, ce qui laisse subsister des inégalités intercantionales difficilement compréhensibles dans un domaine aussi délicat que celui du droit aux soins et qui plus est dans l'application d'une loi fédérale. D'autre part, parce qu'il n'est pas exclu que ce système puisse créer des disparités à l'intérieur même d'un canton, notamment si certains assureurs refusent d'adhérer à la convention.

Or, si on peut encore admettre que les disparités intercantionales entre les assurés rentrent dans la logique de la LAMal (celle-ci étant largement organisée sur une base cantonale pour les aspects relatifs aux primes, cf. art. 61 LAMal), l'acceptation d'une différence de traitement entre les citoyens d'un même canton viole en revanche sans conteste l'égalité de traitement (art. 8 Cst). Il semble en effet inconcevable que le canton utilise l'argent public pour garantir l'accès aux soins seulement à une partie de sa population tout en excluant d'autres citoyens qui se trouvent dans la même situation économique. Ce d'autant plus que la participation ou non à la convention dépend exclusivement du bon vouloir de l'assureur et échappe à toute responsabilité des assurés.

Le principe de l'universalité du droit aux soins impose de trouver une réponse adéquate au problème au niveau national pour les personnes insolubles».

Anche la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio Nazionale, nel proprio Rapporto 28 agosto 2009, riconosce la debolezza dell'impianto convenzionale:

«(...) la modification proposée (nouveaux articles 105 a-e) de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) a en effet pu entrer en vigueur le 1er août 2007. Cette modification visait en premier lieu à encourager les accords contractuels entre les cantons et les assureurs. Ces négociations entre les cantons et les assureurs n'ont pas permis, pour l'instant, de réaliser des progrès significatifs dans ce domaine».

2.2 Il problema dei costi

Bisogna poi considerare che l'impostazione convenzionale genera, per i Cantoni, dei costi ben superiori al modello scelto dal Ticino.

La tabella e il grafico che seguono ben illustrano questo stato di fatto, e in particolare l'incidenza contenuta di spesa per il nostro Cantone (per un *benchmark* che comprende i Cantoni romandi + Berna il riferimento è la spesa *pro capite* riferita al totale della popolazione cantonale residente).

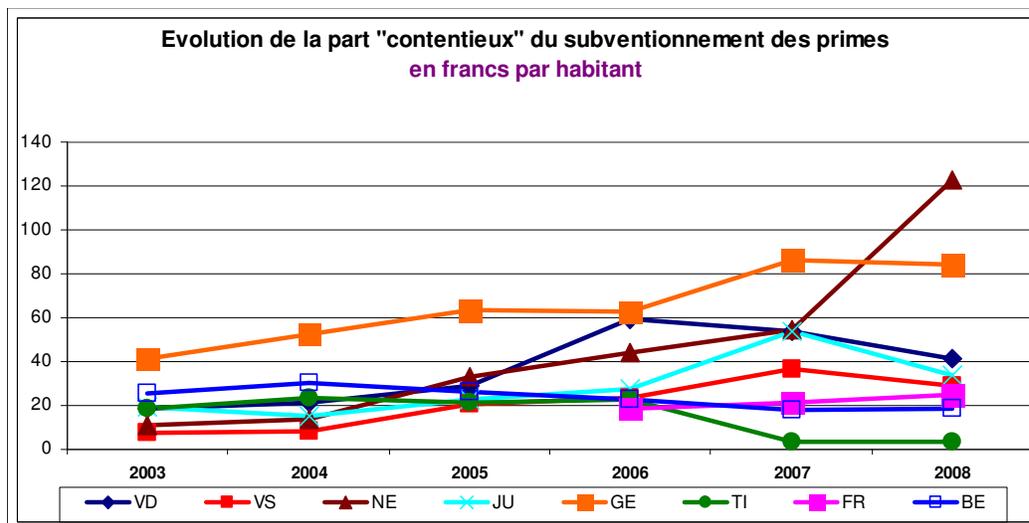
Da rilevare inoltre l'impennata di spesa nel Canton Neuchâtel, dovuta verosimilmente al fatto che in un primo tempo questo Cantone non ha seguito la via della convenzione.

L'orientamento a posteriori verso questa impostazione, ha generato un elevato costo legato al ricupero degli anni precedenti.

ASSICURATI IN MORA						
Spesa pro capite (CHF) inclusa nel budget della riduzione dei premi (RP)*						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
VD	19	21	29	59	54	41
VS	7	9	21	23	37	29
NE	11	13	33	44	55	123
JU	19	15	23	28	54	34
GE	41	52	63	63	87	84
TI	19	24	21	23	4	3
FR				19	21	25
BE	25	30	26	23	18	19

* PREMI + INTERESSI DI MORA; senza PARTECIPAZIONI E SPESE ESECUTIVE

Fonte: GLAS



Fonte: GLAS

VII. A PROPOSITO DEGLI ONERI FINANZIARI A CARICO DEL CANTONE

L'analisi che segue affronta l'aspetto dei costi che sarebbero potuti derivare, o che potrebbero derivare, al Cantone Ticino a dipendenza delle soluzioni federali ipotizzabili, nel caso di una loro entrata in vigore con effetto 1° gennaio 2010 (ipotesi che al momento si può comunque classificare di assai improbabile).

A proposito dei costi generali correlati agli assicurati con sospensione delle prestazioni, lo studio SUPSI osserva quanto segue (pagg. 43, 44 e 46):

"(...) la stima calcolata per la fine del mese di marzo del 2009 situa lo scoperto nei confronti delle CM attorno ai 130 milioni di franchi (vedi tabella T11 "Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, il 31.03.09"). La stima dello scoperto stimata per la fine del 2009, secondo uno scenario "status quo" che

prevede il prosieguo dell'incremento trimestrale sui valori di 500 unità come osservato dall'inizio 2008 e senza cambiamento della ripartizione tra minorenni, giovani adulti e adulti, ci porta a una cifra di circa 175 milioni (vedi grafico G11 "Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, previsione aprile-dicembre 2009 (scenario status quo)". A livello del numero degli assicurati si dovrebbe invece avvicinare la soglia dei 16'000 portando il tasso di morosità a quasi il 5% della popolazione residente. Lo scenario "status quo" si basa su dei valori di crescita osservati in un periodo in cui non si sono registrati dei grandi cambiamenti della situazione economica e i premi dell'assicurazione malattie sono rimasti pressoché stabili. Ora, se il mercato dell'occupazione dovesse reagire in modo marcato alla preannunciata crisi economica, i valori dello scenario considerato rappresenterebbero il limite inferiore delle evoluzioni possibili del fenomeno nei mesi a venire".

(...)

"Tenendo conto dei risultati presentati nei paragrafi 4.2.3.3 (Attestati carenza beni) e 4.5.1 (Stima dello scoperto), il valore pari all'85% dello scoperto che dovrebbe corrispondere alla quota negoziata del contributo dei cantoni alla revoca delle sospensioni verrebbe a situarsi tra l'importo calcolato sulla base del tasso di carenza beni stimato da Cereghetti (2008b) e l'importo calcolato su un tasso di carenza beni teorico del 100%. Per la categoria degli assicurati morosi di più di 25 anni si è ripreso il tasso di carenza beni stimato da Cereghetti, 85.6%, mentre per gli assicurati morosi più giovani si è dedotto, sempre sulla base delle stime di Cereghetti, il tasso del 68.2%. Poiché la procedura di esecuzione per debiti non era ancora giunta a termine per l'insieme degli assicurati morosi selezionati nel campione, il tasso di carenza beni reale dovrebbe situarsi su valori più alti, ma logicamente, non superiori al 100%.

Su queste premesse, a fine marzo 2009, nell'ipotesi di una partecipazione statale dell'85% alla copertura del debito generato da assicurati per i quali è stata attestata l'impossibilità di pignoramento, la stima dell'impatto finanziario per il Cantone si situa in una forchetta di valori che va dai 93 ai 110 milioni di franchi. A fine 2009, la forchetta stimata va dai 125 ai 150 milioni di franchi".

Il dato di riferimento di CHF 175 Mio, indicato a titolo di premi scoperti per la fine del corrente anno, tenuto conto del periodo di permanenza nella cerchia della sospensione, rappresenta un valore globale di competenza per gli anni 2006 a 2009.

Per trasporre tale parametro in dato di cassa - ossia quanto dovrebbe spendere il Cantone se una delle proposte federali a cui si è fatto riferimento in precedenza dovesse entrare in vigore il 1° gennaio 2010 -, occorre tener presente, oltre al periodo di permanenza nella situazione di sospensione, anche gli aspetti seguenti:

- i pagamenti dovrebbero avvenire una volta giunta a termine la procedura di esecuzione, con relativa emissione dell'ACB;
- l'emissione di ACB segue di circa un anno e mezzo l'interruzione del pagamento degli oneri obbligatori dovuti in forza di legge; e ciò considerati sia i tempi tecnici di diffida verso l'assicurato (art. 64a cpv. 1 e 2 LAMal), che i tempi tecnici legati alle pratiche di esecuzione.

Ciò significa che in regola generale i crediti scoperti LAMal da giugno 2008 non sono ancora sfociati nell'emissione di ACB;

- non a tutti gli assicurati sospesi sono già stati emessi ACB: si possono infatti registrare le situazioni di persone toccate da pignoramento del salario (quindi, al momento, ancora senza ACB), oppure persone nei confronti delle quali i procedimenti di escussione sono ancora in corso. Uno studio interno ha permesso di aggiornare il tasso di ACB negli assicurati sospesi maggiorenni, che si situa all'85.2% (al proposito si rimanda al Titolo VIII);

- una parte di assicurati sospesi (35%) è al beneficio della riduzione dei premi LAMal. Questo fattore deve essere portato in deduzione della cifra di riferimento lorda degli scoperti;
- parte di questi importi è nel frattempo già stata pagata dal Cantone nel quadro del modello vigente in materia.

A partire dalle considerazioni che precedono, a tutt'oggi con tutta verosimiglianza i crediti scoperti LAMal a partire dalla fine di marzo 2008 non sono ancora sfociati nell'emissione di ACB, ma lo potranno essere solo in tempi successivi.

L'ulteriore difficoltà nella previsione risiede nel fatto di determinare l'importo delle spese esecutive e degli interessi di mora.

Constatato come non sia possibile conoscere i dettagli relativi agli aspetti di cui sopra, appare comunque legittimo considerare quale parte determinante del credito scoperto il premio medio di riferimento, ponderato attraverso le particolarità a cui si è fatto riferimento poc'anzi.

Le riduzioni di premio per franchige opzionali, come pure i periodi parziali di sospensione durante l'anno, possono essere ritenuti compensati dagli oneri derivanti dalle partecipazioni, dalle spese esecutive e dagli interessi di mora.

Considerato quanto precede, un approfondimento dei dati finanziari che emergono dallo studio SUPSI porta a considerare i seguenti importi di massima di cassa riferiti all'anno 2010:

- se fosse entrato in vigore l'accordo CDS-santésuisse (comprensivo degli oneri pregressi a far tempo del 1° gennaio 2006):
 - parte pregressa 2006-2009: CHF 42.5 Mio;
 - costo 2010: CHF 12.9 Mio;
- se si entrasse in un contesto di convenzione con gli assicuratori malattie ai sensi dell'art. 105 cpv. 6 OAMal (comprensivo degli oneri pregressi a far tempo del 1° gennaio 2006):
 - parte pregressa 2006-2009: CHF 50.0 Mio;
 - costo 2010: CHF 15.2 Mio;
- se entrasse in vigore il modello DFI: siccome tale modello riguarderà solo i mancati pagamenti a partire dal 1° gennaio 2010, entro il 31 dicembre 2010 solo una piccola parte di questi oneri sarà già sfociata in ACB. Con riferimento al modello DFI, il grosso dei pagamenti dovrebbe iniziare solo un anno dopo la sua entrata in vigore. Gli oneri iniziali per il Cantone possono essere stimati in:
 - 2010: CHF 5.2 Mio (comprensivi di una quota parte di gestione del modello attualmente in essere);
 - 2011: CHF 9.1 Mio;
 - 2012: CHF 15.5 Mio;
- la proposta Stähelin/Bortoluzzi non comporterebbe, di principio, alcuna differenza di spesa, quindi nemmeno una diminuzione, rispetto al modello cantonale vigente. Non appare infatti immediato poter stabilire con certezza chi non paga gli oneri LAMal pur non avendone i mezzi. Gli interrogativi che si aprono sono molteplici: quali i criteri di scelta e di selezione? In che modo stabilire con celerità chi può pagare ma non lo fa? A quali strumenti amministrativi, o di altra natura, di indagine far capo? L'analisi esperita nel Cantone porta infatti a concludere che il fenomeno degli assicurati sospesi costituisce prima di tutto, e prevalentemente, un aspetto sociale. Inoltre, in caso di malattia grave, con riferimento al dettato costituzionale di aiuto in caso di necessità (artt. 12 e 41 cpv. 1 lett. b. CF) il Cantone dovrà pur sempre intervenire. È infatti impossibile pensare a un intervento limitato alla sola situazione di pura urgenza.

Se il nostro Cantone avesse aderito fin dall'inizio al modello convenzionale, a fine 2009, tenuto conto di quanto avrebbe teoricamente dovuto pagare (CHF 50.0 Mio), considerato il costo effettivo di competenza relativo al periodo 2006-2009 (CHF 11.8 Mio) e ritenuto il ricupero di quanto versato ai fornitori di prestazioni (dato stimato a fine 2009: CHF 1.0 Mio), il maggior onere può essere quantificato in CHF 39.2 Mio.

VIII. CIRCA LA SITUAZIONE DEBITORIA DEGLI ASSICURATI CON SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo gli studi interni condotti negli anni scorsi sulla situazione socioeconomica e di salute degli assicurati sospesi (rif.: specificazioni per il DL 18.09.2007, riprese nel Rapporto 2 del 4.09.2007 della Commissione della gestione e delle finanze, e Messaggio n. 6138, del 4.11.2008), di recente è stata indagata la situazione debitoria dei medesimi.

La tabella seguente sintetizza le risultanze complessive legate:

- allo stato individuale degli ACB;
- al saldo debitorio individuale di assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal.

ASSICURATI SOSPESI LAMal CON ACB						
	N° ACB pro capite	% ACB LAMal	% ACB imposte	% ACB LAMal + imposte	scoperto medio pro capite (CHF)	valore medio per ACB (CHF)
TOTALE	49.3	25.4%	27.8%	53.2%	106'042.06	2'149.50
Categorie particolari						
PS	42.2	24.4%	27.4%	51.8%	71'026.94	1'682.57
FA	61.5	26.6%	28.3%	54.9%	165'971.78	2'697.88
> 25 anni	51.3	25.3%	27.9%	53.2%	111'065.27	2'167.00
≤ 25 anni	12.6	38.6%	22.7%	61.3%	9'883.44	768.18
pop. CH	52.8	22.1%	28.4%	50.5%	133'709.63	2'530.88
pop. straniera	44.3	31.1%	26.9%	58.0%	66'448.80	1'499.04
PS CH	47.2	21.9%	26.6%	48.5%	82'344.21	1'745.27
PS stranieri	33.4	30.7%	29.6%	60.3%	50'885.86	1'524.67
FA CH	65.2	22.4%	31.3%	53.7%	246'340.36	3'776.44
FA stranieri	57.8	31.4%	25.0%	56.4%	85'603.19	1'480.83

I dati relativi alle famiglie riportano il saldo debitorio complessivo rapportato ai due coniugi (responsabilità solidale ex artt. 163 e 166 CC), a cui si aggiungono importi relativi ai figli minorenni.

Considerazioni di dettaglio circa il saldo debitorio:

- spicca il dato elevato riguardante il valore medio globale *pro capite* dello scoperto già sanzionato attraverso ACB (CHF 106'042.06);
- particolarmente toccate risultano le famiglie; e in particolare le famiglie di nazionalità svizzera;
- il valore medio per le persone fino a 25 anni appare comunque già di proporzioni importanti (CHF 9'883.44); e ciò in rapporto alle possibilità di rientro autonomo nel circuito assicurativo ordinario.

Considerazioni di dettaglio riguardanti il numero di ACB:

- spicca il numero elevato di ACB *pro capite* (49.3);
- particolarmente toccate risultano le famiglie, e in particolare le famiglie di nazionalità svizzera;
- gli ACB per crediti scoperti LAMal + imposte superano per quasi tutte le categorie il coefficiente del 50% del totale di ACB spiccati [unica eccezione: le persone sole di nazionalità svizzera, con un dato che comunque si avvicina al 50% (48.5%)];
- il numero medio di ACB per la popolazione fino ai 25 anni è importante (12.6). La parte consistente dei debiti escussi riguarda LAMal + imposte (61.3%);
- nella popolazione straniera è più elevato il tasso di ACB legato alla LAMal.

La tabella seguente riporta i dati per quartile relativi al numero effettivo di ACB e agli importi effettivi registrati.

Da rilevare che gli assicurati con solo un ACB rappresentano una piccola proporzione del totale degli assicurati colpiti da ACB (2.84%).

Spicca inoltre il valore elevato della mediana (33 ACB, per un importo di CHF 44'235.10).

PARAMETRI PARTICOLARI		
	N° ACB	IMPORTO EFFETTIVO (CHF)
valore minimo	1* (PS)	1'085.- (FA)
1° quartile	14	16'921.40
2° quartile	33	44'235.10
3° quartile	69	91'436.20
valore massimo	305 (FA)	1'387'311.- (FA)

* 4 persone (2.84% del totale)

I dati relativi al numero di ACB spiccati, ma anche – e soprattutto – al saldo debitorio, indicano in modo eloquente:

- che la popolazione toccata da sospensione delle prestazioni LAMal per mancato pagamento degli oneri obbligatori ordinari è connotata da un forte indebitamento generale, determinato dagli ACB già spiccati, ma anche dalle procedure di esecuzione ancora in corso per la quasi totalità dei casi;

- le difficoltà, per non dire l'impossibilità, di un rientro in via autonoma nel circuito assicurativo ordinario.

Si può legittimamente concludere che si tratta di una fascia di popolazione in grosse difficoltà economiche, connotata sovente anche da grandi difficoltà amministrative, quindi a rischio di progressione nell'indebitamento.

Lo stato di indebitamento attuale, gli scoperti che verosimilmente esistono ma che non sono ancora sfociati in ACB perché la fase di procedura esecutiva è ancora in atto, così come la propensione all'indebitamento - dopo i primi ACB si entra facilmente in una spirale perversa di indebitamento cronico e progressivo in ragione della caduta dei freni inibitori "naturali" -, portano a concludere come questa popolazione:

- in generale: sia fortemente a rischio per quanto attiene alle ricadute della crisi economica generale che attualmente pervade la società, conseguenza del crollo dei mercati finanziari internazionali;
- in particolare: sia fortemente a rischio nel caso di un aumento consistente dei premi LAMal negli anni futuri.

IX. CONCLUSIONI

Questo Consiglio di Stato individua tre elementi fondamentali che caratterizzano la situazione derivante dall'art. 64a LAMal:

- i dibattimenti sul piano federale finalizzati alla ricerca di una nuova soluzione legislativa sono in corso;
- le persone toccate da sospensione delle prestazioni LAMal sono contraddistinte da una situazione socioeconomica debole;
- la cerchia di popolazione investita dalla sospensione delle prestazioni è molto fragile, e pertanto estremamente esposta alle vicissitudini congiunturali.

Quanto sopra, a mente di questo Consiglio fa propendere per una soluzione di continuità rispetto a quanto già implementato nel nostro Cantone.

Il modello attuale è infatti impostato a partire dai seguenti presupposti:

- criteri di intervento sociale;
- sicurezza sanitaria per minorenni e persone molto malate;
- garanzia di accesso alle cure di prima necessità;
- azioni di responsabilizzazione individuale verso gli obblighi legislativi di pagamento in ambito LAMal;
- costi relativamente contenuti.

A questa conclusione giunge anche lo studio SUPSI (pag. 60):

“Premesso che la soluzione del problema degli assicurati morosi dovrà essere trovata a livello federale, si propone di rinnovare a tempo indeterminato il Decreto legislativo (DL) del 15 dicembre 2008 che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Il modello di intervento cantonale, infatti, pur non denaturando lo spirito dell'articolo 64a LAMal riguardante la responsabilizzazione degli assicurati, garantisce la copertura assicurativa ai minorenni e a chi si trova in stati di bisogno sanitario, limitando al minimo l'impatto finanziario per il Cantone”.

Bisogna poi considerare che ogni cambiamento di impostazione, soprattutto in direzione del modello che si fonda sulla convenzione con gli assicuratori malattie, è suscettibile di determinare oneri finanziari ben più importanti, sia in ragione del ricupero degli anni precedenti, sia per quanto attiene alla gestione corrente.

In considerazione di quanto precede, lo scrivente Consiglio di Stato propone la proroga del modello cantonale di intervento attualmente conosciuto.

Considerata la situazione aperta sul piano nazionale, la forma del Decreto legislativo appare attualmente la più appropriata.

Nel caso in cui le prospettive a livello federale dovessero arenarsi in via definitiva, sarà giocoforza proporre una soluzione di diritto cantonale attraverso una modifica specifica della legislazione di riferimento (LCAMal).

Qualora dovesse invece essere approvata una soluzione sul piano nazionale, la legislazione cantonale dovrà essere di conseguenza modificata.

Di seguito si riprendono i punti chiave su cui si fonda il modello cantonale di intervento:

1. il Cantone rimborsa agli assicuratori malattie i crediti scoperti relativi ad assicurati minorenni con sospensione delle prestazioni dovuta al fatto che i genitori non hanno pagato il dovuto (premi e/o partecipazioni);
2. garanzia delle cure di prima necessità nei confronti degli assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal;
3. modalità di intervento nel caso di riconoscimento delle cure di prima necessità:
 - a) in via prioritaria: assunzione diretta dei costi da parte del Cantone;
 - b) in via subordinata: pagamento dei crediti scoperti che fondano la sospensione delle prestazioni (premi, partecipazioni, spese esecutive e interessi di mora) per casi clinici particolarmente gravi, ove, in ragione della precarietà dello stato di salute, si impone il mantenimento dell'accesso diretto ai diversi fornitori di prestazioni coinvolti nei processi diagnostici e terapeutici;
4. diritto di regresso per il Cantone in caso di pagamenti per assicurati con sospensione delle prestazioni;
5. per i crediti scoperti anteriori all'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal (1° gennaio 2006): riferimento ai disposti normativi previgenti, in forza del principio *ratione temporis*;
6. durante la vigenza del DL restano sospesi gli artt. 20 a 22 LCAMal.

X. STRUTTURA DEL DECRETO LEGISLATIVO PROPOSTO

In considerazione di quanto precede, la struttura proposta riprende la versione del DL 18.09.2007, successivamente ripresa con il DL 15.12.2008.

Non viene inoltre determinata una scadenza temporale; e ciò per i motivi sostanziali già richiamati qui sintetizzati:

- l'approvazione di una soluzione federale o, di converso, il decadimento definitivo della possibilità di giungere ad un accordo sul piano nazionale, comporteranno una modifica in via definitiva della legislazione cantonale;

- al momento, considerato che i dibattimenti sul piano federale sono ancora in corso, non appare opportuno un cambiamento di struttura del modello cantonale; e questo per le due ragioni di fondo seguenti:
 - il modello cantonale raggiunge gli obiettivi prefissati e non crea soverchi problemi di applicazione;
 - il costo derivante dal cambiamento si prospetta considerevole.

XI. CONSEGUENZE VARIE

1. Conseguenze di natura finanziaria

La proposta in rassegna non comporta conseguenze finanziarie supplementari, sia sotto il profilo degli investimenti che della gestione corrente, né per quanto attiene all'effettivo del personale.

2. Relazioni con le linee direttive e il piano finanziario

La medesima non modifica quanto indicato sia nelle linee direttive che nel piano finanziario.

3. Conseguenze a livello di Enti locali

Per quanto concerne gli enti subalterni, e segnatamente i Comuni, come già avviene attualmente gli oneri afferenti saranno ripartiti in virtù degli attuali artt. 50 a 52 LCAMal.

4. Compatibilità con le altre leggi cantonali e federali

Questa proposta non pone problemi quanto alla compatibilità con altre leggi cantonali o federali.

Inoltre non pone alcun problema sotto l'aspetto della parità uomo-donna.

5. Conseguenze secondo il diritto europeo applicabile

La proposta in narrativa non pone problemi quanto all'eurocompatibilità.

In considerazione di quanto precede, vi invitiamo a voler approvare il decreto legislativo qui proposto.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, G. Gendotti

Il Cancelliere, G. Gianella

Allegato: SUPSI, *Studio sul fenomeno degli assicurati morosi*, M. Egloff, luglio 2009

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- richiamata la Legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997;
- visto il messaggio 6 ottobre 2009 n. 6275 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Articolo 1

Principio

¹Il Cantone rimborsa agli assicuratori malattie i crediti scoperti per gli assicurati minorenni i cui genitori sono oggetto di sospensione della copertura d'assicurazione.

²Il Cantone può inoltre:

- a) rimborsare all'assicuratore malattie i crediti scoperti vantati nei confronti dell'assicurato a cui è sospesa la copertura assicurativa, in caso di cure di prima necessità;
- b) assumere direttamente i costi di cura di prima necessità.

³Il Consiglio di Stato disciplina i particolari.

Articolo 2

Regresso

¹Con l'assunzione dei costi di cura il Cantone ha il diritto di regresso nei confronti dell'assicurato la cui copertura assicurativa è sospesa, del coniuge, del convivente, dei suoi parenti, dei suoi eredi, legatari o donatari, fino a concorrenza di quanto pagato.

²Se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono pagati integralmente dall'assicurato o rimborsati dal Cantone, quest'ultimo ha il diritto di regresso, fino a concorrenza di quanto pagato, nei confronti dell'assicuratore malattie, se ha già anticipato i costi delle prestazioni di cui ha beneficiato l'assicurato durante la sospensione della copertura d'assicurazione.

³Il Consiglio di Stato disciplina i particolari.

Articolo 3

Procedura

Il Consiglio di Stato stabilisce la procedura per l'annuncio al Cantone degli assicurati a cui è sospesa la copertura assicurativa.

Articolo 4

Rimborso dei crediti scoperti agli assicuratori malattie

Alle richieste di rimborso per crediti scoperti maturati prima del 1° gennaio 2006 oppure successivamente, se l'assicuratore non ha sospeso le prestazioni, si applicano le disposizioni previgenti.

Articolo 5

Norma transitoria

Durante il periodo di vigenza del presente Decreto legislativo resta sospesa la validità degli articoli 20, 21 e 22 della Legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997.

Articolo 6

Entrata in vigore

Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, il presente Decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore il 1° gennaio 2010.