

Messaggio

numero

6534

data

28 settembre 2011

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997: assicurati morosi, sospesi e insolventi

INDICE

1.	INTRODUZIONE.....	3
2.	LA RIFORMA DELLA LAMAL DEL 19 MARZO 2010.....	4
2.1	Cronistoria.....	4
2.2	Le principali novità in sintesi.....	5
2.2.1	Art. 64a e 65 LAMal.....	5
2.2.2	Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).....	6
2.3	I concetti principali.....	6
3.	IL QUADRO LEGISLATIVO E IL FENOMENO DEGLI ASSICURATI MOROSI IN TICINO.....	7
4.	ADEGUAMENTI LEGISLATIVI CANTONALI.....	8
4.1	Premessa.....	8
4.2	Adeguamenti imposti dalla legislazione federale.....	8
4.2.1	Suddivisione dei costi (art. 64a cpv. 4 LAMal).....	8
4.2.1.1	Costi a carico dei Cantoni.....	8
4.2.1.2	Costi a carico degli assicuratori.....	9
4.2.2	Comunicazione (art. 64a cpv. 2 e 3 LAMal).....	9
4.2.2.1	L'avvio di una procedura esecutiva ai sensi della Legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF).....	9
4.2.2.2	Il rilascio di attestati di carenza di beni.....	9
4.2.2.3	I dati personali.....	9
4.2.3	Organo di revisione designato dal Cantone (art. 64a cpv. 3 LAMal).....	10
4.2.3.1	Quadro di riferimento federale.....	10
4.2.3.2	Organo di revisione dell'assicuratore.....	10
4.2.3.3	Pagamenti.....	10
4.2.4	Recupero dei crediti (art. 64a cpv. 5 LAMal).....	11
4.2.4.1	Competenza esclusiva degli assicuratori.....	11
4.2.4.2	Controllo dell'organo di revisione.....	11
4.2.5	Assicuratori: restituzioni ai Cantoni (art. 64a cpv. 5 LAMal).....	11

4.2.6	Modifica di altre disposizioni.....	11
4.2.7	Riduzione dei premi.....	11
4.3	Adeguamenti proposti dal Cantone	12
4.3.1	Possibilità concesse dall'art. 64a cpv. 7 LAMal	12
4.3.1.1	Assicurati maggiorenni.....	12
4.3.1.2	Assicurati minorenni.....	13
4.3.2	Possibili interventi per prevenire l'aumento degli assicurati insolventi	13
4.3.2.2	Premessa.....	13
4.3.2.3	Intervento sociale	14
4.3.2.4	Informativa agli assicurati morosi e/o insolventi.....	15
4.3.2.5	Campagna informativa e di sensibilizzazione	15
4.3.3	Situazione dei beneficiari di prestazioni di fabbisogno.....	15
4.3.3.1	Beneficiari di assegni familiari di complemento	15
4.3.3.2	Beneficiari di prestazioni assistenziali.....	18
4.3.3.3	Beneficiari di prestazione complementare AVS/AI.....	18
4.4	Disposizioni transitorie previste nella modifica della LAMal	18
4.4.1	Contenuto	18
4.4.2	Applicazione del capoverso 2.....	19
5.	MODIFICA DI ALTRE LEGGI NON INERENTI ALLA RIFORMA IN DISCUSSIONE	19
6.	GLI EFFETTI SULLA SPESA.....	19
6.1	Spesa per assicurati insolventi	19
6.2	Spesa per monitoraggio e risorse.....	21
6.2.1	Monitoraggio	21
6.2.2	Risorse.....	22
6.3	Spesa per Comuni (indennizzo)	22
7.	GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI, AMMINISTRATIVI E TECNICI	22
8.	RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO.....	23
9.	COMMENTO DEGLI ARTICOLI DI LEGGE	23
9.1	Assicurati insolventi per oneri LAMal	23
9.2	Riduzione dei premi.....	28
9.2.1	Entrata in vigore anticipata del nuovo modello	28
9.2.2	Trattamento dei dati fiscali.....	29
10.	CONCLUSIONI	29

- Allegato 1: disposizioni federali interessate
- Allegato 2: cronistoria relativa alla gestione degli assicurati morosi
- Allegato 3: schema sulla procedura proposta con il Messaggio
- Rapporto SUPSI aggiornato "Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino", giugno 2011

1. INTRODUZIONE

Il messaggio contiene una proposta di adeguamento della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997. L'adeguamento della Legge cantonale è necessario a seguito dell'approvazione da parte delle Camere federali (avvenuta in votazione finale il 19 marzo 2010) del nuovo art. 64a della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), la cui entrata in vigore è prevista il 1° gennaio 2012.

L'attuale art. 64a LAMal, in vigore dal 1° gennaio del 2006, prevede la sospensione dell'assunzione da parte degli assicuratori malattie (in seguito assicuratori) dei costi delle prestazioni fornite ad assicurati in mora nel pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La sospensione, giusta l'art. 64a LAMal, scatta al momento in cui è attivata, nei confronti di un assicurato moroso, una procedura esecutiva ai sensi della Legge esecuzione e fallimenti (LEF).

L'aumento importante delle sospensioni e le conseguenze gravi che ne derivano hanno indotto il Legislatore federale a rivedere, a pochi anni dalla sua entrata in vigore, l'art. 64a LAMal¹.

Oltre a non conciliarsi giuridicamente con il principio dell'universalità, asse portante della Legge federale, secondo cui tutta la popolazione residente è obbligatoriamente assicurata ai sensi della LAMal, l'istituto della sospensione crea difficoltà ai fornitori di prestazioni, confrontati con un numero crescente di fatture impagate, e all'assicurato che ne è colpito, a cui spesso sono negate cure di cui avrebbe bisogno.

La nuova formulazione dell'art. 64a LAMal abolisce l'istituto della sospensione e impone ai Cantoni l'assunzione, nella misura dell'85%, dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (premi, partecipazioni ai costi in arretrato, interessi di mora e spese di esecuzione)² che gli assicuratori malattie vantano nei confronti degli assicurati insolventi, ossia degli assicurati con debiti accertati mediante attestato di carenza di beni.

Gli assicuratori, giusta il nuovo art. 64a LAMal, sono chiamati ad assumersi il 15% dei debiti degli insolventi e conservano l'attestato di carenza di beni (ACB) fino al rimborso integrale. Non appena l'assicurato insolvente avrà saldato in tutto o in parte il suo debito, gli assicuratori restituiranno al Cantone il 50% degli importi ricevuti dagli assicurati.

In Ticino, dall'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal, il numero degli assicurati sospesi non ha mai cessato di crescere³: nel primo semestre del 2011 ha superato la soglia delle 17'000 unità. Se il nuovo art. 64a LAMal fosse entrato in vigore il 1° gennaio 2010, l'applicazione dell'obbligo all'assunzione sistematica dell'85% del valore degli ACB (senza utilizzare l'eccezione concessa dal cpv. 7 dell'art. 64a LAMal) avrebbe comportato un onere a carico del Cantone Ticino pari a CHF 12.3 mio (85% della stima dell'importo annuale dell'insolvenza attestata mediante ACB, pari a CHF 14.5 mio), contro i CHF 5.2 mio iscritti a P2011. Si ricorda che il diritto cantonale attualmente in vigore⁴ non prevede, salvo nel caso di minorenni e in presenza di malattie importanti o croniche, la copertura sistematica dei premi e delle partecipazioni impagati da parte di assicurati sospesi, ma l'assunzione da parte del Cantone dei soli costi delle prestazioni di prima necessità.

Al di là dell'importante aumento dei costi determinato dalla nuova normativa federale - motivo di preoccupazione da parte del Cantone - l'abolizione della sospensione, tramite

¹ FF 2009 5757.

² Si tratta dei cosiddetti "oneri LAMal". Questo termine è utilizzato nel presente messaggio in questo senso.

³ Cfr. Studio SUPSI aggiornato, grafico G1.

⁴ Cfr. Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 16 dicembre 2009 (RL 6.4.6.1.3.2).

l'intervento statale, ha il pregio di permettere, dal 1° gennaio 2012, l'"azzeramento" della situazione pregressa, attraverso la riattivazione delle coperture assicurative di tutti gli assicurati sospesi sino ad allora. La riammissione non cancellerà il debito precedentemente maturato dall'assicurato, ma gli permetterà di "ripartire da zero" e di mettersi in regola nel futuro, senza essere condizionato dai debiti accumulati nel passato. D'altra parte, stabilendo responsabilità precise da parte di assicuratori e Cantoni nella gestione dei crediti accumulati, il nuovo art. 64a LAMal permette ai Cantoni di compiere scelte politiche in vista del contenimento di un fenomeno ormai divenuto insostenibile.

Tra le conseguenze negative della sospensione si ricordano il peggioramento dello stato di salute di chi ne è colpito e le fatture dei fornitori di prestazioni rimaste impagate. A tal proposito si ricorda che dal 1° gennaio 2012 entrerà in vigore il nuovo modello di finanziamento ospedaliero (cfr. Messaggi n. 6422 e 6422A "Modifica della LCAMal" approvati dal Gran Consiglio ticinese il 17 marzo del 2011), secondo cui il Cantone sarà chiamato a finanziare il 55% delle prestazioni fornite dagli istituti ospedalieri, siano essi pubblici o privati, ciò che determinerà, già nel 2012, una maggior spesa a suo carico stimata in CHF 85 mio. L'abolizione della sospensione contribuirà a contenerne l'aumento nei prossimi anni, aiutando a preservare a medio-lungo termine lo stato di salute di persone che oggi, a causa della sospensione, si privano o sono private delle cure di cui necessitano.

Accanto alla responsabilità verso lo stato della salute pubblica e delle finanze dello Stato, il Cantone è anche chiamato ad assumere un atteggiamento di equità nei confronti dei propri cittadini, sanzionando gli abusi. Perciò il Consiglio di Stato ha deciso di utilizzare il margine di manovra concesso dalla normativa federale per il trattamento degli assicurati che, pur disponendo di mezzi finanziari sufficienti, decidono di sottrarsi al pagamento degli oneri LAMal.

L'introduzione del principio della presa a carico sistematica da parte dello Stato dell'85% del valore degli ACB, decisa dal Legislatore federale, ammette un'eccezione: il cpv. 7 del nuovo art. 64a LAMal concede infatti ai Cantoni la facoltà, tranne nei casi d'urgenza medica, di chiedere agli assicuratori la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite nei confronti degli assicurati inadempienti "per scelta" e di registrarli in un elenco ("black list") accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni.

Il Consiglio di Stato ha deciso di avvalersene, promuovendo un duplice intervento - repressivo e preventivo - sfruttando anche gli strumenti concessi dalla legislazione in materia di diritto tutorio. Le modalità di attuazione saranno più approfonditamente sviluppate nei prossimi capitoli.

La richiesta di sospensione e l'iscrizione nell'elenco sopraccitato non concernerà gli assicurati, le cui difficoltà finanziarie sono accertate, come pure gli assicurati minorenni: essi beneficeranno della protezione dello Stato.

2. LA RIFORMA DELLA LAMAL DEL 19 MARZO 2010

2.1 Cronistoria

L'art. 64a LAMal attualmente in vigore prevede al cpv. 2 la sospensione della presa a carico da parte degli assicuratori dei costi delle prestazioni al momento in cui scatta nei confronti di un assicurato una procedura di esecuzione ai sensi della LEF. Dalla sua entrata in vigore, il 1° gennaio del 2006, il numero degli assicurati sospesi ha continuato a crescere, creando importanti difficoltà ai fornitori di prestazioni confrontati con un numero sempre più elevato di fatture impagate.

Il fenomeno degli assicurati sospesi, giusta l'art. 64a LAMal, è stato affrontato per la prima volta dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità pubblica del Consiglio nazionale (CSSS-N) nel febbraio del 2007. La Commissione allora rinunciò ad intraprendere una revisione della Legge, giudicando più opportuna e rapida la ricerca di una soluzione attraverso la modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

La modifica dell'OAMal, attuata il 1° agosto 2007⁵, rappresentò un primo tentativo a livello federale inteso a facilitare gli accordi contrattuali tra Cantoni e assicuratori (la cui adesione è facoltativa) volti sostanzialmente ad evitare le sospensioni che, oltre a causare difficoltà finanziarie a taluni fornitori di prestazioni, rischiano di privare gli assicurati che ne sono colpiti delle cure di cui necessitano.

Pressoché nello stesso periodo il Gruppo socialista alle Camere federali presentò un'iniziativa parlamentare intitolata "LAMal. Modifica dell'articolo 64a" (07.452 n.), che fu oggetto di una presa di posizione del Consiglio federale; quest'ultimo presentò un testo per la modifica dell'art. 64a LAMal, scaturito da un accordo tra il Dipartimento federale degli interni e la Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori della sanità, con l'approvazione parziale di Santésuisse. Sulla base di questo nuovo testo, la CSSS-N decise all'unanimità di presentare una propria iniziativa, a cui l'omologa Commissione del Consiglio degli Stati nel maggio del 2009 aderì senza opposizioni. A distanza di un paio di mesi la CSSS-N licenziò il rapporto sull'iniziativa (09.425); la proposta di disegno di legge ad esso allegata fu accolta dal Consiglio nazionale e dal Consiglio degli Stati il 19 marzo 2010.

2.2 Le principali novità in sintesi

2.2.1 Art. 64a e 65 LAMal

La riforma della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), del 26 giugno 1997, approvata dalle Camere federali il 19 marzo 2010, è stata pubblicata sul Foglio federale del 30 marzo 2010⁶. Le nuove disposizioni entreranno in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2012.

La modifica legislativa concerne gli artt. 64a cpv. 1-9 e 65 cpv. 1, 2, 4^{bis} (nuovo) LAMal; il nuovo testo prevede un'unica norma transitoria: i cpv. 1 e 2 si riferiscono all'art. 64a LAMal e hanno lo scopo di regolare i crediti pregressi (ossia i casi di sospensione precedenti all'entrata in vigore della presente riforma), mentre il cpv. 3 riguarda l'art. 65 LAMal ed è relativo al versamento diretto agli assicuratori delle riduzioni premio.

Le principali novità della riforma federale concernono le seguenti disposizioni:

- art. 64a cpv. 4: introduzione del principio della presa a carico sistematica da parte dello Stato dell'85% del valore degli attestati di carenza beni secondo l'art. 64a cpv. 3 LAMal (è la novità principale della riforma);
- art. 64a cpv. 5: l'assicuratore, che conserva gli attestati di carenza di beni, restituisce al Cantone il 50% dell'importo recuperato non appena l'assicurato ha saldato il suo debito integralmente o in parte;
- art. 64a cpv. 7: la facoltà da parte dei Cantoni, salvo nei casi di urgenza medica, di continuare ad applicare la sospensione delle prestazioni nei confronti di assicurati che per scelta non pagano gli oneri LAMal (il cpv. 7 è mutuato dal sistema introdotto a fine 2007 nel Canton Turgovia).

⁵ Cfr. artt. 105a-105e.

⁶ Cfr. allegato 1 del messaggio che ne riporta il testo.

La riforma prevede anche la modifica, rispettivamente l'introduzione di altre disposizioni concernenti la comunicazione, la designazione di organi di revisione, le modalità di versamento della riduzione dei premi da parte dei Cantoni, in vista di una loro unificazione a livello nazionale.

Le nuove disposizioni in materia di versamento diretto della riduzione dei premi agli assicuratori sono già state attuate da molto tempo in Ticino.

2.2.2 Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

Con l'introduzione del nuovo art. 64a LAMal anche l'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), del 27 giugno 1995 è stata aggiornata. La relativa procedura di consultazione è terminata il 22 giugno 2011 con l'emanazione delle disposizioni nella versione definitiva.

In virtù dei capoversi 8⁷ e 9⁸ dell'art. 64a LAMal, sono stati modificati gli articoli 105b (procedura di diffida), 105c (esclusione della compensazione), 105d (notifica all'autorità cantonale competente), 105e (notifiche relative alle esecuzioni), 105f (notifiche relative ai certificati di carenza di beni), 105g (dati personali), 105h (scambio di dati), 105i (titoli considerati equivalenti a un certificato di carenza di beni), 105j (organo di revisione), 105k (pagamenti dei Cantoni agli assicuratori), 105l (cambiamento di assicuratore in caso di mora) e 105m (assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia).

Un aspetto amministrativamente importante è rappresentato dalle modalità tecniche di comunicazione dei dati tra gli assicuratori e le autorità cantonali. Purtroppo, diversamente da quanto previsto per la riduzione dei premi a seguito del nuovo art. 65 cpv. 2 LAMal, le nuove disposizioni dell'OAMal non prevedono nulla circa l'attuazione dell'art. 64a LAMal quanto allo scambio dei dati, lasciando ai Cantoni un ulteriore compito. Questo vuoto legislativo va ad aggiungersi alle altre criticità relative agli assicurati insolventi.

2.3 I concetti principali

Per definire gli assicurati che non pagano gli oneri LAMal ricorrono tre termini spesso utilizzati in modo improprio e che quindi necessitano di chiarimento⁹.

L'assicurato *moroso* è colui che non paga gli oneri LAMal nei termini usuali ed è quindi in mora con il pagamento (concetto civile).

L'assicurato *sospeso* è colui che non dispone più, di fatto, di copertura assicurativa (concetto assicurativo)¹⁰.

L'assicurato *insolvente* è colui nei confronti del quale è stato rilasciato un attestato di carenza di beni a seguito della procedura esecutiva che è stata promossa dall'assicuratore malattie secondo quanto previsto in particolare dall'OAMal (concetto esecutivo).

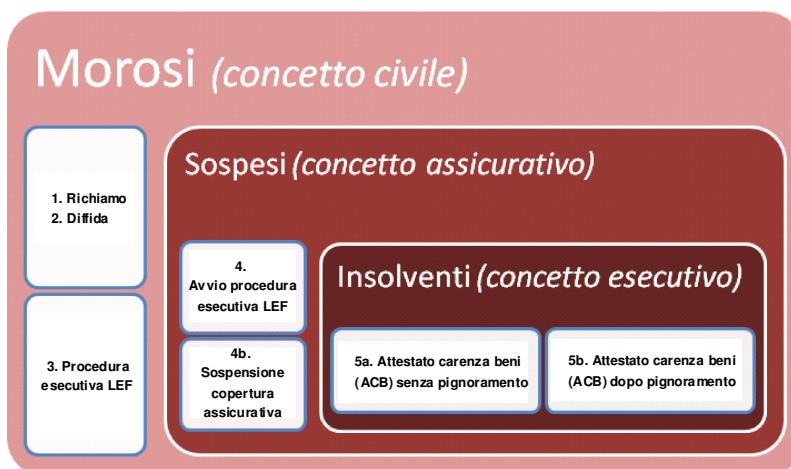
⁷ Il Consiglio federale stabilisce i compiti dell'organo di revisione e designa i titoli considerati equivalenti all'attestato di carenza di beni. Disciplina le modalità relative alla procedura di diffida e di esecuzione, alla comunicazione dei dati ai Cantoni da parte degli assicuratori, nonché ai versamenti dei Cantoni agli assicuratori.

⁸ Il Consiglio federale emana disposizioni relative al mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi per le persone tenute ad assicurarsi residenti in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia.

⁹ Art. 105a segg. OAMal (Capitolo 3a).

¹⁰ La sospensione della copertura assicurativa è decisa sino al 31.12.2011 dall'assicuratore secondo l'art. 105c cpv. 1 OAMal, mentre dal 01.01.2012 dal Cantone in virtù dell'art. 64a cpv. 7 seconda frase LAMal.

Lo schema¹¹ seguente illustra i tre concetti esposti:



A differenza della versione attualmente in vigore dell'art. 64a LAMal, in base alla quale lo stato di morosità è motivo di sospensione, la nuova disposizione in vigore dal 2012 considera unicamente il concetto di insolvenza.

3. IL QUADRO LEGISLATIVO E IL FENOMENO DEGLI ASSICURATI MOROSI IN TICINO

La problematica degli assicurati morosi e dal 2006, giusta l'art. 64a LAMal, sospesi è da tempo molto sentita e dibattuta anche in Ticino.

Nel corso di una quindicina d'anni il Cantone Ticino ha maturato un'importante esperienza in materia, contraddistinta da tre periodi:

- periodo fino al 31 dicembre 1996, ossia precedente all'entrata in vigore della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), del 18 marzo 1994, e della Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997;
- periodo fino al 2005, ossia in costanza LAMal e LCAMal;
- periodo attuale che interessa gli anni dal 2006 al 2011 e, in particolare, il Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 16 dicembre 2009 e da quelli precedenti del 18 settembre 2007 e del 15 dicembre 2008.

L'allegato 2 del messaggio spiega i modelli d'intervento che hanno caratterizzato i vari momenti sino ad oggi.

Contestualmente alla prima richiesta di rinnovo del 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 ticinese depositò un'iniziativa cantonale all'indirizzo dell'Assemblea federale dal titolo "Legge federale sull'assicurazione malattie" (08.323s), volta all'abrogazione dell'articolo di legge federale. Il Gran Consiglio si espresse, in proposito, in modo chiaro e inequivocabile (ben 61 voti favorevoli e 5 astenuti) nella seduta del 20 ottobre 2008. La ripresa degli stessi obiettivi

¹¹ Lo schema è tratto dallo Studio Supsi "Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino - Aggiornamento e approfondimento dello studio del 2009 sul fenomeno degli assicurati morosi", ottobre 2010, pag. 12.

sott'altra forma nell'iniziativa parlamentare della CSSS-N depositata nel marzo del 2009 ha reso l'iniziativa ticinese priva di oggetto. La CSSS-N il 21 marzo del 2011 ha deciso di non darvi seguito, ritenendo non risolutivo il ripristino della situazione anteriore all'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal¹².

Sempre in occasione del secondo rinnovo del Decreto legislativo ponte, la Commissione della gestione e delle finanze nel suo rapporto (R6138 del 2 dicembre 2008), chiese formalmente al Consiglio di Stato (tramite la proposta di aggiunta al DL di un nuovo articolo 4) di far allestire alla SUPSI uno studio approfondito sul fenomeno degli assicurati morosi.

La richiesta della Commissione della gestione e delle finanze e del Gran Consiglio, a cui il Consiglio di Stato ha dato seguito, è sfociata nella presentazione di più studi di cui due importanti: il primo del luglio 2009 dal titolo *"Studio sul fenomeno degli assicurati morosi"*¹³ e il secondo, dell'ottobre 2010, intitolato *"Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino - Aggiornamento e approfondimento dello studio del 2009 sul fenomeno degli assicurati morosi"*¹⁴.

La proposta di adeguamento della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997, oggetto del presente messaggio, segna l'ingresso della legislazione ticinese in materia di assicurati insolventi nella sua quarta fase.

4. ADEGUAMENTI LEGISLATIVI CANTONALI

4.1 Premessa

Il sistema cantonale attualmente in essere differisce in modo sostanziale dal nuovo modello federale. S'impongono perciò, sulla scorta di quanto previsto dall'art. 64a LAMal e dalla relativa normativa di esecuzione, degli adattamenti legislativi suddivisibili in obbligatori (poiché stabiliti dal diritto federale) e facoltativi.

4.2 Adeguamenti imposti dalla legislazione federale

4.2.1 Suddivisione dei costi (art. 64a cpv. 4 LAMal)

4.2.1.1 Costi a carico dei Cantoni

I Cantoni sono chiamati ad assumere l'85% dei crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per i quali, durante il periodo considerato, è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente.

I crediti in questione devono riferirsi¹⁵:

- ai premi;
- alle partecipazioni ai costi in arretrato;
- agli interessi di mora;
- alle spese di esecuzione.

¹² Cfr. Rapporto 21 gennaio 2011 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale in: www.parlament.ch.

¹³ Studio SUPSI allegato al Messaggio 6 ottobre 2009 n. 6275 del Consiglio di Stato e allestito su richiesta del Consiglio di Stato con risoluzione governativa n. 990 del 10 marzo 2009, allo scopo di ridurre il rischio finanziario per il Cantone, di responsabilizzare maggiormente i Comuni, gli enti sociali e soprattutto gli assicurati interessati che non pagano i premi.

¹⁴ Studio SUPSI aggiornato.

¹⁵ Art. 64a cpv. 3 prima frase LAMal.

4.2.1.2 Costi a carico degli assicuratori

Gli assicuratori si fanno carico del rimanente 15%.

4.2.2 Comunicazione (art. 64a cpv. 2 e 3 LAMal)

La partecipazione dei Cantoni al pagamento degli oneri LAMal scoperti e accertati mediante attestato di carenza dei beni presuppone che tra questi e i diversi assicuratori coinvolti si instauri una comunicazione proficua che dia luogo ad uno scambio frequente di informazioni e di dati sui singoli assicurati interessati.

A questo riguardo le nuove disposizioni dell'OAMal stabiliscono il contenuto dei dati da annunciare ai Cantoni e le scadenze entro le quali devono essere forniti. Le comunicazioni riguardano:

4.2.2.1 L'avvio di una procedura esecutiva ai sensi della Legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF)

Gli assicuratori devono comunicare ai Cantoni i dati personali degli assicurati (nome, cognome, sesso, data di nascita, domicilio e numero assicurato AVS) nei confronti dei quali hanno proceduto in via esecutiva¹⁶ per dare loro la possibilità di agire verso questi debitori¹⁷ prima che la procedura di esecuzione si concluda con un attestato di carenza di beni.

4.2.2.2 Il rilascio di attestati di carenza di beni

Riguardo agli attestati di carenza di beni, gli assicuratori devono:

- informare i Cantoni sull'evoluzione degli atti rilasciati dall'inizio dell'anno. La relativa comunicazione deve avvenire alla fine di ogni trimestre¹⁸;
- fornire ai Cantoni il conteggio finale degli attestati di carenza di beni rilasciati nel corso dell'anno precedente unitamente al rapporto di revisione relativo a questi atti. Questo conteggio deve contenere la ricapitolazione delle richieste di presa a carico ai sensi del capoverso 3 dell'art. 64a LAMal e la ricapitolazione delle restituzioni secondo il capoverso 5 della disposizione citata. Il relativo annuncio deve avere luogo entro il 31 marzo¹⁹.

4.2.2.3 I dati personali

Gli assicuratori devono comunicare il nome degli assicurati interessati nonché, per ogni debitore, l'importo complessivo dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (premi e partecipazioni ai costi in arretrato, interessi di mora e spese di esecuzione) per i quali, durante il periodo considerato, è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente²⁰.

Allo scopo di identificare gli assicurati e i debitori, gli assicuratori hanno l'obbligo di indicare i dati personali elencati all'art. 105g OAMal.

¹⁶ Artt. 64a cpv. 2 secondo periodo LAMal e 105e OAMal.

¹⁷ Si intendono persone che devono pagare i premi e le altre fatture per sé e per eventuali terzi, ad esempio un padre per i figli e la moglie in virtù dei suoi obblighi di mantenimento (cfr. commento ad art. 64a cpv. 2 LAMal in FF 2009 5757).

¹⁸ Art. 105f cpv. 1 OAMal.

¹⁹ Art. 105f cpv. 2 OAMal.

²⁰ Art. 64a cpv. 3 LAMal.

4.2.3 Organo di revisione designato dal Cantone (art. 64a cpv. 3 LAMal)

4.2.3.1 Quadro di riferimento federale

La partecipazione dei Cantoni al pagamento degli oneri LAMal scoperti e accertati mediante attestato di carenza di beni rende necessaria l'introduzione di uno strumento di verifica dell'esattezza dei dati forniti dagli assicuratori relativi ai crediti vantati. Questi dati devono riguardare unicamente i premi e le partecipazioni ai costi dell'assicurazione malattie sociale, gli interessi di mora e le spese di esecuzione; altri costi, riconducibili ad esempio alle assicurazioni complementari, sono pertanto esclusi.

A questo scopo, giusta l'art. 64a cpv. 3 LAMal, i Cantoni devono designare un organo di revisione che può essere un organo di revisione interno al Cantone oppure un organo di revisione esterno²¹.

Quale organo di revisione esterno il Cantone può inoltre scegliere l'organo di revisione esterno dell'assicuratore²². In tal caso, i relativi costi sono a carico dell'assicuratore²³.

L'organo di revisione deve accertare, in applicazione dell'art. 105j OAMal, i seguenti aspetti:

- a. che le indicazioni concernenti i debitori e gli assicurati siano corrette;
- b. che la procedura di diffida secondo l'art. 105b OAMal sia stata rispettata;
- c. che esista un certificato di carenza di beni;
- d. che la data di rilascio del certificato di carenza di beni risale all'anno precedente;
- e. che l'importo complessivo dei crediti sia esatto;
- f. che il credito sia stato notificato al Cantone nel quale è stato rilasciato il certificato di carenza di beni.

Le soluzioni possibili sono quindi:

- organi di revisione esterni degli assicuratori;
- organo di revisione esterno per tutti gli assicuratori;
- organo di revisione interno al Cantone.

4.2.3.2 Organo di revisione dell'assicuratore

Il Cantone designa quali organi di revisione quelli esterni degli assicuratori in applicazione dell'art. 105j cpv. 3 OAMal.

È opportuno che gli organi di revisione si assumano la responsabilità di verificare i dati forniti dagli assicuratori ai Cantoni secondo quanto previsto dall'OAMal e dall'art. 64a cpv. 3 LAMal. Ciò è coerente con la riforma federale e non sarebbe indicato in questa fase che i Cantoni abbiano a sostituirsi, assumendosi tutti gli oneri amministrativi e finanziari, agli organi di revisione esterni degli assicuratori.

4.2.3.3 Pagamenti

Il Cantone, tramite, l'autorità designata dal Consiglio di Stato, effettua ulteriori verifiche ai fini del pagamento sulla base dei dati che l'assicuratore trasmette secondo quanto previsto dalla legislazione federale applicabile in materia. A tale scopo, l'assicuratore deve trasmettere al Cantone il rapporto di revisione allestito dal suo organo di revisione esterno corredato di tutta la documentazione esaminata.

²¹ Art. 105j cpv. 1 OAMal.

²² Artt. 86-88 OAMal.

²³ Art. 105j cpv. 3 OAMal a contrario.

Questo controllo si giustifica in termini finanziari e nei confronti dei nostri contribuenti, perché il Cantone dovrà assumersi l'85% di tali crediti, impegno non indifferente²⁴.

4.2.4 Recupero dei crediti (art. 64a cpv. 5 LAMal)

4.2.4.1 Competenza esclusiva degli assicuratori

Il recupero dei crediti scoperti compete solo agli assicuratori i quali, allo scopo, conservano gli attestati di carenza di beni.

4.2.4.2 Controllo dell'organo di revisione

In tal senso, il compito dell'organo di revisione è quello di verificare che gli assicuratori procedano al recupero nelle modalità previste dalle disposizioni applicabili con particolare riferimento a quelle dell'OAMal e riversino al Cantone il 50% dell'importo ricevuto dagli assicurati.

4.2.5 Assicuratori: restituzioni ai Cantoni (art. 64a cpv. 5 LAMal)

Gli assicuratori, quali creditori nei confronti degli assicurati, conservano, conformemente alla LEF, gli attestati di carenza di beni fino al pagamento integrale del debito (derivante dal mancato pagamento di premi, partecipazioni ai costi, interessi di mora e spese di esecuzione), indipendentemente dall'assunzione dei costi da parte del Cantone prevista nel capoverso 4 dell'art. 64a LAMal. All'ottenimento da parte dell'assicurato di tutto o di una parte degli arretrati, l'assicuratore è tenuto a riversare ai Cantoni il 50% di quanto recuperato dall'assicurato. Siccome la procedura d'incasso è di sola competenza degli assicuratori, essi sono i soli in grado di ottenere nuovi pagamenti da parte degli assicurati debitori sulla base sia di nuove esecuzioni sia di accordi. Ciò giustifica la trattenuta da parte degli assicuratori del 50% dei pagamenti²⁵.

4.2.6 Modifica di altre disposizioni

Con la revisione dell'art. 64a LAMal sono state modificate rispettivamente introdotte disposizioni concernenti le modalità di versamento della riduzione dei premi da parte dei Cantoni, in vista di un'unificazione a livello nazionale, nonché il versamento dell'importo forfetario per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di assicurati beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI.

Le disposizioni relative al versamento diretto agli assicuratori della riduzione dei premi sono già in atto da tempo nel Cantone Ticino.

4.2.7 Riduzione dei premi

Al fine di impedire che i beneficiari di riduzione dei premi utilizzino la prestazione accordata per altri scopi, è stato disciplinato nell'art. 65 LAMal che tutti i Cantoni sono tenuti a versare i relativi importi direttamente agli assicuratori conformemente alla prassi già in vigore in tredici Cantoni, fra i quali il Cantone Ticino.

La modifica attuata va peraltro nella direzione di quanto chiesto con la mozione della Commissione della sicurezza sociale e della sanità "Versamento delle riduzioni di premio" (07.3275 s), accolta dal Consiglio degli Stati il 13 giugno 2007 e dal Consiglio nazionale il 4 dicembre 2007.

²⁴ Cfr. *infra*, capitolo 6 e commento dei nuovi articoli 22r e 22s LCAMal.

²⁵ FF 2009 5757.

4.3 Adeguamenti proposti dal Cantone

4.3.1 Possibilità concesse dall'art. 64a cpv. 7 LAMal

Il nuovo art. 64a LAMal introduce il divieto della sospensione della copertura assicurativa. È tuttavia ammessa l'eccezione prevista dal capoverso 7 dell'art. 64a LAMal introdotto sulla base del cosiddetto "modello Turgoviese"²⁶. Esso conferisce ai Cantoni, tranne nei casi di urgenza medica, la facoltà di chiedere agli assicuratori di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite agli assicurati già oggetto di una procedura esecutiva, che non pagano gli oneri LAMal, e di registrarli in un elenco accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni.

Si tratta di un mezzo di pressione basato sul presupposto che una procedura di esecuzione obbligherà un assicurato inadempiente a far fronte, prima o poi, ai propri debiti nei confronti degli assicuratori.

Il Consiglio di Stato, considerate l'ampiezza del fenomeno degli assicurati insolventi e l'importanza dell'onere che sarà chiamato a coprire, propone di usufruire di questa possibilità solo per gli assicurati maggiorenni. Questa scelta si fonda sulle seguenti ragioni.

4.3.1.1 Assicurati maggiorenni

4.3.1.1.1 Sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni

La sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite è una decisione che compete ai Cantoni e viene formalizzata dall'assicuratore. Questa misura intende mettere sotto pressione l'assicurato, affinché paghi gli oneri LAMal scoperti.

Ritenuto che gli assicuratori devono comunicare all'autorità designata dal Consiglio di Stato le esecuzioni pendenti (art. 105e cpv. 1 OAMal)²⁷, si fa intervenire la sospensione al momento in cui è promossa l'esecuzione ai sensi della Legge sulla esecuzione e sul fallimento (LEF).

Si rileva che l'emissione del precetto esecutivo, quale strumento dell'incasso forzato, costituisce un mezzo di pressione significativo sull'assicurato moroso (si richiama lo Studio SUPSI dell'ottobre 2010 che evidenzia l'efficacia della procedura esecutiva in questa fase: la metà degli oneri LAMal scoperti viene incassata a questo stadio)²⁸.

4.3.1.1.2 Eccezione in caso di cure d'urgenza medica

Per volontà del legislatore federale, gli assicuratori devono assumere i costi delle prestazioni fornite agli assicurati, anche se sospesi, in caso di cure d'urgenza medica. Questa eccezione varrà fintantoché gli assicurati saranno sospesi.

4.3.1.1.3 Registrazione in un elenco accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni

Con la comunicazione da parte degli assicuratori della promozione dell'esecuzione ai sensi della LEF, gli assicurati saranno sospesi e saranno pure registrati nell'elenco degli assicurati sospesi.

Tale elenco sarà accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni. Fra questi ultimi sono da annoverare: l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), l'Organizzazione sociopsichiatrica

²⁶ In questo Cantone gli assicurati oggetto di una sospensione dell'assunzione dei costi sono registrati in una banca dati, cui hanno accesso una gran parte dei fornitori di prestazioni, i Comuni, l'incaricato cantonale della protezione dei dati, un responsabile del servizio cantonale della sanità, nonché il servizio cantonale di informatica. Ad eccezione delle cure urgenti, le persone registrate non hanno più alcun diritto alle prestazioni dell'assicurazione malattie sociale (cfr. FF 2009 5757).

²⁷ Cfr. *supra*, capitolo 4.2.2.3.

²⁸ Si richiama lo schema di cui all'allegato 3.

cantonale (OSC), il Cardiocentro Ticino (CCT), le Cliniche private, gli istituti di cura, di aiuto e cure a domicilio, i Servizi ambulanza, l'Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT) e l'Ordine dei Farmacisti del Cantone Ticino (OFCT).

4.3.1.2 Assicurati minorenni

Gli assicurati minorenni continueranno a non essere passibili di sospensione come previsto dal modello attualmente in vigore nel Cantone Ticino²⁹. Si rammenta al proposito che fra gli obiettivi prefissati e raggiunti con l'impostazione seguita dal nostro Cantone vi è la protezione dei minorenni. A questi ultimi non possono, infatti, derivare conseguenze dovute a omissioni o inadempienze da parte dei genitori nell'ambito del pagamento degli oneri LAMal obbligatori per legge. Per questo motivo è stato previsto il rimborso integrale degli oneri LAMal non pagati³⁰.

Con la nuova impostazione federale il Cantone interverrà con la presa a carico dell'85% dei crediti per oneri LAMal accertati da un attestato di carenza di beni che riguarda l'assicurato minorenne.

Si rileva che l'obbligo del pagamento dei premi dei figli fino ai 18 anni compiuti³¹ appartiene solidalmente ai genitori e al figlio. Quest'ultimo, diventato maggiorenne, può essere chiamato a pagare personalmente i premi rimasti impagati quando era minorenne.

4.3.2 Possibili interventi per prevenire l'aumento degli assicurati insolventi

4.3.2.2 Premessa

L'applicazione della nuova normativa federale riguarda quasi quattromila³² assicurati e impone al Cantone un impegno finanziario valutato in base ai dati dell'anno 2010 in CHF 12.3 mio.

Gli individui più toccati dal fenomeno sono di età compresa tra i 25 e i 39 anni (circa l'8%³³ degli assicurati di questa fascia d'età si sono visti sospendere la copertura assicurativa), le persone divorziate (11%), in particolare gli uomini (14%) e gli stranieri (9%).

L'analisi del reddito e della sostanza (dati 2005) di una parte degli assicurati sospesi nel 2007 ha permesso di evidenziare una grande quantità di situazioni di estrema precarietà, se non di povertà conclamata. Si sono però anche osservate situazioni in cui, in modo altrettanto chiaro, non si può parlare di carenza di risorse finanziarie (perlomeno un anno e qualche mese prima della sospensione). Tra i due estremi c'è una miriade di situazioni, che non si è in grado di situare a causa dell'insufficienza di informazioni di dettaglio. Non è possibile determinare con certezza se queste categorie si situino al di sotto o al di sopra delle soglie di intervento previste nel quadro della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps).

L'ipotesi delineatasi con l'ultimo studio della SUPSI dell'ottobre 2010, secondo la quale esistono delle categorie sociali più vulnerabili di altre, particolarmente messe alle strette dai cambiamenti dell'economia e della società, e non (ancora) conosciute dal sistema di sicurezza sociale (quasi 7 assicurati sospesi su 10 non possono beneficiare di riduzioni del premio e 9 su 10 non beneficiano di nessun'altra prestazione sociale), merita un ulteriore approfondimento con un approccio che sappia combinare saggiamente metodi d'indagine quantitativi e qualitativi.

²⁹ Cfr. allegato 2 punto 3. "Il presente".

³⁰ Cfr. Messaggi 5 luglio 2006 n. 5810 e 6 ottobre 2009 n. 6275 del Consiglio di Stato.

³¹ Cfr. art. 61 cpv. 3 LAMal.

³² Valutazione per l'anno 2012, cfr. Studio SUPSI aggiornato.

³³ Si ricorda che la proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni residenti in Ticino è del 5,6%.

Risulta molto importante per la concezione di misure efficaci volte ad arginare il fenomeno, saperne di più sulla reale situazione finanziaria degli assicurati morosi, ma anche sui loro valori, atteggiamenti e comportamenti nei confronti dello Stato, della solidarietà e della sicurezza sociale, della salute e della malattia.

A questo scopo è opportuno usufruire degli strumenti messi a disposizione dal diritto federale e rappresentati dalle misure di protezione previste dal diritto tutorio. Questi strumenti sono, infatti, gli unici che permettono di accedere ai redditi e alla sostanza di ogni singolo assicurato insolvente per stabilire se lo stesso sia realmente impossibilitato a far fronte agli oneri assicurativi LAMal (ci si riferisce all'espressione tedesca di "*Zahlungsunfähige*") o se, per contro, l'insolvenza LAMal sia il frutto di una scelta personale di priorità (ci si riferisce all'espressione tedesca di "*Zahlungsunwillige*").

Secondo i materiali legislativi, il nuovo art. 64a cpv. 7 LAMal - mutuato dal sistema introdotto a fine 2007 nel Canton Turgovia - riguarda gli assicurati che possono, ma che non vogliono pagare gli oneri LAMal (i "*Zahlungsunwillige*" o "*mauvais payeurs*", ma non i "*Zahlungsunfähige*")³⁴.

Per volontà del legislatore federale, gli assicuratori devono assumere i costi delle prestazioni fornite agli assicurati, anche se sospesi, in caso di cure d'urgenza medica. Questa eccezione varrà fintantoché gli assicurati saranno sospesi.

4.3.2.3 Intervento sociale

Come esposto in precedenza, l'assicurazione delle cure medico-sanitarie è di natura universale e obbligatoria. Nell'interesse della tutela della salute dell'assicurato e, in generale, della salute pubblica dei cittadini del nostro Cantone, si giustifica il ricorso agli strumenti che lo stato sociale mette a disposizione nell'ambito della protezione degli adulti. Le misure del diritto tutorio rappresentano, infatti, l'unica soluzione realmente efficace ed opportuna per garantire a breve/medio termine il ripristino della copertura assicurativa medico-sanitaria a tutti quegli assicurati che presentano elementi di fragilità sanitaria e sociale.

Il Consiglio di Stato giudica preziosa, in nome dell'equità sociale e senza intenzione vessatoria nei confronti dei cittadini, di consolidare l'attuale collaborazione da parte dei Comuni soprattutto riferita agli interventi di prossimità³⁵: grazie alla vicinanza e anche tramite l'osservazione diretta dello standard di vita di un cittadino, i Comuni sono in grado di attingere e fornire informazioni e dati importanti circa i mezzi finanziari di cui dispone un assicurato moroso/insolvente. Si tratta, in altre parole, di valutare la situazione finanziaria dei propri cittadini inseriti nell'elenco degli assicurati sospesi e di segnalare all'autorità designata dal Consiglio di Stato gli assicurati sospesi ritenuti avere mezzi finanziari sufficienti per assumersi gli oneri LAMal. Questo accertamento sarà svolto dai Comuni nel rispetto della loro autonomia comunale.

In questo contesto la valutazione espressa dal Comune ha una valenza indicativa: l'impegno richiesto si limita, infatti, alla raccolta di informazioni e alla segnalazione all'autorità designata dal Consiglio di Stato dei casi suscettibili di accertamento.

Il Consiglio di Stato ha coinvolto i Comuni tramite la Piattaforma di dialogo Cantone - Comuni.

³⁴ Cfr. Rapporto 28 agosto 2009 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale [CSSS-N], in FF 2009 5757 segg., 5759; Boll. Uff. CN 24 settembre 2009, intervento del consigliere federale Couchepin e intervento Bortoluzzi; CS 8 dicembre 2009 interventi Schwaller e consigliere federale Burkhalter; CN 2 marzo 2010 interventi Ruey, Bortoluzzi e Ignazio Cassis, consigliere federale Burkhalter e Humbel).

³⁵ Cfr. art. 41 Reg. LCAMal.

Accanto all'intervento consultivo dei Comuni, è importante predisporre la possibilità d'intervento dell'autorità tutoria finalizzato alla tutela del diritto alla salute e all'accesso alle cure dell'assicurato che, attraverso il riordino amministrativo e finanziario, garantisce il rientro del disagio sociale che spesso affligge gli assicurati insolventi.

Il mancato utilizzo di strumenti imperativi ed efficaci, come quelli contemplati dal diritto tutorio, rappresenterebbe un grosso rischio e svantaggio operativo.

La soluzione proposta dal Consiglio di Stato, che salvaguarda l'autonomia delle autorità tutorie chiamate a valutare le misure d'adozione in ogni singolo caso loro sottoposto dall'autorità designata dal Cantone, è la risultante di un laborioso percorso di sintesi che ha soppesato anche i principi di legalità e di proporzionalità.

Sono quindi state scartate due varianti che prevedevano una l'istituzione della curatela per tutti gli assicurati insolventi e l'altra che prescriveva l'accertamento della situazione reddituale e patrimoniale da parte del Comune dell'assicurato insolvente.

4.3.2.4 Informativa agli assicurati morosi e/o insolventi

4.3.2.4.1 Promozione dell'esecuzione

Gli assicuratori sono tenuti a trasmettere ai Cantoni i dati personali degli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione³⁶ secondo l'art. 105e cpv. 1 OAMal.

A questi assicurati l'autorità designata dal Consiglio di Stato invierà una comunicazione, allo scopo di attirare la loro attenzione sulle conseguenze generate dal mancato pagamento degli oneri LAMal a seguito dell'avvio dell'esecuzione (sospensione) e successivamente con l'eventuale rilascio di un attestato di carenza di beni (possibilità di istituzione di una curatela).

4.3.2.4.2 Istituzione della curatela

Gli assicurati, per i quali è stata istituita una curatela, sono informati dell'adozione del provvedimento dall'autorità tutoria competente.

4.3.2.5 Campagna informativa e di sensibilizzazione

Per le informazioni mirate al singolo assicurato moroso e/o insolvente si rinvia a quanto esposto in precedenza.

4.3.3 Situazione dei beneficiari di prestazioni di fabbisogno

4.3.3.1 Beneficiari di assegni familiari di complemento

È stato rilevato che ci sono dei beneficiari di assegni familiari integrativi (AFI) e di assegni familiari di prima infanzia (API) che non pagano integralmente gli oneri LAMal.

Dalla tabella³⁷ sottostante emerge che al 31 marzo 2011 il fenomeno toccava comunque un numero limitato di persone e meglio il 4.8% dei beneficiari AFI/API (dei quali l'1% al beneficio anche di prestazioni dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento) maggiorenni per un totale di 737 persone:

³⁶ Cfr. *supra*, capitolo 4.2.2.1.

³⁷ Tabella riferita agli assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.11, beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della Laps, tratta da: Michele Egloff, Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino, maggio 2011, pag. 15.

Prestazione sociale, secondo la LAPS	Assicurati sospesi, il 31.03.11	
	Frequenza	Percentuale
Nessuna	13770	88.3%
AFI	384	2.5%
AFI + API	203	1.3%
AFI + USSI	150	1.0%
USSI	1096	7.0%
Totale	15603	100.0%

Legenda:

AFI Assegno integrativo

API Assegno di prima infanzia

USSI Prestazione sociale dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento

Il rischio di una doppia presa a carico degli oneri LAMal a seguito dell'entrata in vigore del nuovo art. 64a LAMal è da relativizzare; infatti le finalità di queste prestazioni sociali non comprendono di principio la copertura di premi effettivi e partecipazioni ai costi (franchigia ed aliquota percentuale).

Ciò è desumibile dalla lettura sia della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) sia dei messaggi del Consiglio di Stato 1° luglio 1998 n. 4773 relativo alla sua introduzione e 13 marzo 2002 n. 5221 relativo alla sua modifica.

In merito al reddito di riferimento e alla soglia di intervento (punti 7.2 e 7.3), il citato messaggio n. 4773 ben spiega che:

- il primo, il reddito disponibile, equivale alla differenza fra il reddito totale dell'unità economica di riferimento e le spese riconosciute come indispensabili (tra queste, i premi LAMal, computabili in base alla spesa effettiva ma al massimo sino alla quota cantonale media ponderata);
- la soglia di intervento, dedotto il reddito disponibile, indica la prestazione necessaria al fine di garantire il soddisfacimento di un fabbisogno minimo familiare.

Notasi che le modalità di calcolo riassunte nel messaggio considerano pure ragioni di *"ordine psicologico come ad esempio il mantenimento di una quota minima a carico dell'assicurato nell'ambito dei premi assicurazione malattia per permettere di incentivare forme assicurative "light"* (punto 7.4).

Il menzionato messaggio n. 5221, riferendosi alla revisione LAMal e alla riduzione dei premi e premesso che *"l'importo a carico degli assicurati non può ridursi a quella "quota minima a carico degli assicurati" determinata dal Consiglio di Stato per stabilire i sussidi secondo il sistema attuale o secondo quello prospettato dalla Laps"*, sottolinea la necessità di adattare la legge alla *"forzata rinuncia all'armonizzazione della partecipazione al premio dell'assicurazione malattia, mantenendo però il principio fondamentale del coordinamento di questa prestazione con le altre: essa rimane la prestazione da richiedere prioritariamente e il suo importo verrà ancora computato quale contributo alla copertura della lacuna di reddito rispetto al minimo vitale, copertura cui concorrono le varie prestazioni Laps"*.

Il messaggio rileva altresì che se la riduzione del premio dell'assicurazione malattie *"Copre parzialmente il premio"*, l'assegno integrativo (importo limitato) *"Copre il minimo vitale per i figli, non per l'economia domestica"* mentre l'assegno di prima infanzia (senza limite) *"Copre il minimo vitale dell'economia domestica"*.

La Laps, codificando quanto precede, sancisce espressamente:

- all'art. 5: *“Il reddito disponibile residuale è pari alla differenza tra la somma dei redditi computabili e la somma delle spese computabili delle persone componenti l'unità di riferimento”*;
- all'art. 8 cpv. 1 lett. g): *“La spesa vincolata è costituita da (...) i premi ordinari per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie vigenti al momento della richiesta, ma al massimo fino al raggiungimento dell'importo della quota cantonale media ponderata”*³⁸;
- all'art. 11 cpv. 1: *“Il titolare ha diritto alle prestazioni sociali di complemento armonizzate fino a quando la somma fra il reddito disponibile residuale della sua unità di riferimento, la partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie di cui beneficiano o potrebbero beneficiare le persone facenti parte della sua unità di riferimento non raggiunge la soglia di intervento”*³⁹.

Occorre quindi ritenere che:

- gli assegni familiari di complemento non considerano tra le spese computabili le partecipazioni ai costi di malattia (franchigia e partecipazione percentuale);
- i premi computati quale spesa sono limitati ad un massimo e, nella maggioranza dei casi, tale importo è inferiore ai premi effettivi;
- la riduzione dei premi, una volta definito il reddito disponibile residuale, si aggiunge a quest'ultimo reddito per garantire il fabbisogno.

Per il beneficiario che versa i premi LAMal almeno nella misura in cui questi siano stati computati quale spesa nella definizione del reddito disponibile residuale, non è quindi corretto affermare che gli AFI/API siano versati (anche) allo scopo di pagare (parte dei) i premi LAMal.

Ciò non sarebbe il caso se il beneficiario non dovesse pagare, interamente o in parte, l'importo di premio LAMal considerato a titolo di spesa.

È inoltre necessario tenere presente che il modello ticinese “a cascata”⁴⁰ prevede dal 1° gennaio 2012 il riconoscimento della riduzione di premio massima.

In conclusione, per gli assicurati insolventi beneficiari di AFI/API, occorre chiedersi, caso per caso, quale sia effettivamente la porzione di assegno che andrebbe a coprire il premio (non già coperto dalla riduzione dei premi), secondo il calcolo:

fabbisogno - reddito residuale disponibile - (premio considerato dalla Laps - riduzione dei premi)
--

Sarà solo il risultato di questo calcolo ad eventualmente rappresentare, con riferimento al nuovo art. 64a LAMal, il rischio di “doppio pagamento” dei premi (sempre comunque parziale).

Si richiama quanto previsto al capitolo 4.3.2. in merito ai possibili interventi per prevenire l'aumento degli assicurati insolventi, che rappresenta una misura tanto più necessaria se

³⁸ Nell'ambito delle modifiche apportate alla LCAMal a seguito del nuovo modello di riduzione dei premi, anche la Laps è stata riguardata (cfr. messaggio 15 settembre 2009 n. 6264 del Consiglio di Stato). La versione modificata dell'art. 8 cpv. 1 lett. g Laps prevede che *“i premi ordinari per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie vigenti al momento della richiesta, ma al massimo fino al raggiungimento dell'importo del premio medio di riferimento”*.

³⁹ Vedi nota precedente. La nuova versione dell'art. 11 cpv. 1 Laps prevede che *“Il titolare ha diritto alle prestazioni sociali di complemento armonizzate fino a quando la somma fra il reddito disponibile residuale della sua unità di riferimento, le riduzioni dei premi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, di cui beneficiano le persone facenti parte della sua unità di riferimento, e le prestazioni sociali di complemento di cui essa beneficia non raggiunge la soglia di intervento”*.

⁴⁰ La riduzione dei premi è una prestazione coordinata e prioritaria secondo l'art. 2 della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), del 5 giugno 2000.

applicata ai beneficiari di AFI/API, ossia di assegni che rientrano nel novero delle prestazioni di fabbisogno a copertura del minimo vitale.

4.3.3.2 Beneficiari di prestazioni assistenziali

Anche nell'ambito dell'assistenza è stato rilevato che vi sono beneficiari che non pagano integralmente gli oneri LAMal. Si tratta di ca. 1'246 beneficiari che corrispondono all'8% dei beneficiari di prestazioni sociali secondo la Laps⁴¹.

Per evitare pagamenti in doppio e rischi finanziari per lo Stato, con la modifica dell'art. 25 della Legge sull'assistenza sociale dell'8 marzo 1971 (Las), per tutti i beneficiari di prestazioni assistenziali la cui lacuna disponibile residuale è superiore al premio effettivo, si procede al pagamento diretto dei premi all'assicuratore malattia. L'Ufficio del sostegno e del sostentamento sociale (USSI) può inoltre riconoscere, quale prestazione speciale, franchigie e partecipazioni ai costi (10%).

Considerato che, come stabilito all'art. 6 del Regolamento sull'assistenza sociale del 18 febbraio 2003 (Reg. Las), le prestazioni speciali possono essere versate al terzo che fornisce la controprestazione, è importante che gli assicuratori ossequino l'art. 105e cpv. 1 OAMal e la nuova disposizione cantonale (art. 22 LCAMal) e forniscano all'autorità cantonale designata dal Consiglio di Stato il dettaglio dei crediti posti in esecuzione.

4.3.3.3 Beneficiari di prestazione complementare AVS/AI

Vi sono 852 beneficiari di prestazione complementare all'AVS/AI sospesi.

Questi assicurati, dal momento che ricevono la prestazione complementare, possono attualmente essere sospesi solo a causa del mancato pagamento delle partecipazioni ai costi, quali la franchigia e l'aliquota percentuale del 10%, per un massimo annuo di CHF 1'000.-- (art. 12 LaLPC), ritenuto che il premio è assunto dal Cantone e versato direttamente agli assicuratori.

È quindi importante che anche per questi beneficiari gli assicuratori diano seguito all'art. 105e cpv. 1 OAMal e notifichino le esecuzioni pendenti all'autorità designata dal Consiglio di Stato, indicando l'ammontare dei crediti LAMal scoperti (solo a titolo di franchigia e di partecipazione ai costi), affinché la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, cui compete l'applicazione della LPC, possa valutare se effettuare il pagamento direttamente agli assicuratori.

Questa è una soluzione semplice che richiede la collaborazione degli assicuratori e che consente di risolvere i problemi con i beneficiari in questione.

4.4 Disposizioni transitorie previste nella modifica della LAMal

4.4.1 Contenuto

Per gli assicurati sospesi secondo L'art. 64a LAMal attualmente in vigore la modifica introdotta il 19 marzo 2010 prevede, riguardo al diritto transitorio, quanto segue:

¹L'assicuratore rimunerà le prestazioni all'assicurato (terzo garante), al fornitore di prestazioni (terzo pagante) o al Cantone che assume:

- a. i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente; e*
- b. gli interessi di mora e le spese di esecuzione scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica.*

⁴¹ Si richiama la tabella riportata al capitolo 4.3.3.1.

²Se il Cantone non assume i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente, la sospensione delle assunzioni dei costi delle prestazioni conformemente al diritto anteriore è mantenuta e le prestazioni fornite sino all'entrata in vigore della presente modifica non sono rimborsate. Non appena l'assicurato ha pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione, l'assicuratore assume i costi delle prestazioni fornite.

4.4.2 Applicazione del capoverso 2

Il Cantone Ticino si avvarrà della possibilità concessa dal capoverso 2 della disposizione transitoria, ai sensi della quale:

- il Cantone Ticino non si assumerà i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al 1° gennaio 2012 (che rimarranno quindi a carico degli assicurati insolventi);
- gli assicurati insolventi a seguito del rilascio di attestati di carenza di beni riferiti a periodi precedenti al 1° gennaio 2012:
 - non otterranno il rimborso dei costi delle prestazioni fornite sino al 31 dicembre 2011, ritenuto che l'assicuratore potrà mantenere nei loro confronti la sospensione delle prestazioni sino al pagamento integrale degli arretrati.
Per il periodo precedente al 1° gennaio 2012 si applicheranno, in particolare, le disposizioni previste dal diritto cantonale anteriore;
 - otterranno dagli assicuratori il rimborso dei costi delle prestazioni fornite dal 1° gennaio 2012.
In caso di successiva insolvenza dell'assicurato, si applicheranno il nuovo art. 64a LAMal e le relative disposizioni di esecuzione (OAMal).

5. MODIFICA DI ALTRE LEGGI NON INERENTI ALLA RIFORMA IN DISCUSSIONE

La modifica del 19 marzo 2010 ha interessato anche la Legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC), del 6 ottobre 2006.

È infatti stato introdotto l'art. 21a, secondo cui l'importo forfetario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di cui all'articolo 10 cpv. 3 lett. d LPC dovrà essere versato direttamente all'assicuratore.

L'adeguamento della Legge di applicazione della legge federale del 6 ottobre 2006 concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LaLPC), del 23 ottobre 2007, seguirà in un messaggio separato.

6. GLI EFFETTI SULLA SPESA

6.1 Spesa per assicurati insolventi

La stima dell'importo annuale dell'insolvenza per il 2010, attestata con gli ACB, è di CHF 14.5 mio.

Se il nuovo articolo 64a LAMal fosse già stato in vigore nel 2010, il Cantone avrebbe dovuto farsi carico di questa perdita nella misura dell'85% (cpv. 4), e cioè per un importo di

CHF 12.3 mio, riducendo di conseguenza l'effettiva perdita su debitori delle casse malati a meno dello 0,5% del fatturato⁴².

Si ricorda che, secondo il capoverso 5 del nuovo articolo di legge, gli assicuratori, che conserveranno gli attestati di carenza di beni, saranno tenuti a restituire al Cantone il 50% di quanto riusciranno a recuperare dagli assicurati insolventi. Sarà pure difficile ipotizzare quanto gli assicuratori riusciranno nei prossimi anni a recuperare presso gli assicurati insolventi. Questo dipenderà da come gli assicuratori procederanno al recupero dei crediti accertati da attestati di carenza di beni.

L'importo di CHF 12.3 mio che il Cantone avrebbe dovuto versare agli assicuratori per il 2010, se il nuovo articolo di legge fosse già stato in vigore, verrebbe ad aggiungersi ai CHF 256.5 mio già spesi dallo Stato per la riduzione dei premi nel corso 2010, sotto forma di riduzione dei premi ordinaria (CHF 146 mio) e per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI (CHF 110.5 mio). Con un importo complessivo della spesa in favore dell'assicurazione contro le malattie di CHF 268.8 mio, il Cantone si farebbe così carico di circa un quarto del fatturato annuale delle casse malattia.

Se da un lato, per il 2011 ci si può aspettare che l'aumento medio dei premi cantonali del 6,4% incrementi il numero di assicurati morosi, sospesi e insolventi, dall'altro, il 1° gennaio 2012, oltre al nuovo articolo 64a LAMal, entreranno in vigore due altre riforme importanti che dovrebbero avere un impatto sul livello dei premi e sull'erogazione della riduzione dei premi a favore degli assicurati di condizione economica modesta.

La prima riforma prevede che i Cantoni finanzino, con gli stessi parametri, sia le prestazioni ospedaliere fornite dalle strutture pubbliche che quelle fornite dalle strutture private (art. 49a LAMal). In Ticino, il pagamento delle degenze ospedaliere da parte del Cantone nella misura del 55% porterà a un trasferimento dall'assicurazione malattia alla fiscalità stimato a circa CHF 85 mio. Questo sgravio per le casse malattia dovrebbe ripercuotersi sui premi, nel senso di una loro diminuzione.

La seconda riforma è cantonale e tende invece a migliorare l'erogazione della riduzione dei premi, nel senso di una maggiore equità. Il nuovo sistema mira infatti a riequilibrare gli aiuti rispetto alle varie tipologie e dimensioni delle famiglie e a meglio calibrare gli aiuti a chi ne ha bisogno, basandosi sul calcolo del reddito disponibile di riferimento e non più sul reddito imponibile.

È difficile prevedere quale sarà l'impatto di questi importanti cambiamenti sul fenomeno degli assicurati morosi e sul numero degli insolventi.

Le stime del minor onere rispetto alla spesa potenziale, per ogni 100, 200, 500, 1'000 assicurati morosi che "non diventerebbero" insolventi grazie alle misure d'intervento sono esplicitate nella Tabella 2 riportata sotto. Queste stime sono state realizzate sui dati degli ACB rilasciati senza procedura di pignoramento, sui dati degli ACB rilasciati dopo la procedura di pignoramento, come pure sui dati complessivi (con o senza procedura di pignoramento).

Dai dati aggiornati al mese di aprile 2011, risulta che l'85% dell'importo medio complessivo per debitore di ACB rilasciati senza procedura di pignoramento ammonta a CHF 3'150 circa, dopo la procedura di pignoramento ammonta a CHF 2'400 circa e con o senza procedura di pignoramento ammonta a CHF 3'100 circa (cfr. Tabella 1 riportata sotto).

Di riflesso, da una stima del minor onere calcolata sulla base di questi valori medi per debitore, si può ipotizzare un risparmio annuo lordo (senza i costi delle misure cantonali) di circa CHF 310'000 per ogni 100 debitori che non diventerebbero insolventi (importo calcolato sui dati complessivi, con o senza procedura di pignoramento).

⁴² Fonte: Area della gestione sanitaria.

Lo stesso dato (per ogni 100 debitori) per coloro ai quali l'ACB è rilasciato immediatamente senza la procedura di pignoramento salirebbe ad un importo di CHF 315'000 circa, mentre per coloro ai quali l'ACB è stato rilasciato dopo una procedura di pignoramento il minor onere si ridurrebbe a circa CHF 240'000.

Tabella 1: Struttura importi / debitori / ACB riferiti al 2010 (dati aggiornati 14 aprile 2011)

	CHF Importo totale ACB	DEBITORI numero di debitori	CHF/DEBITORI Importo per debitore	85% (CHF/DEBITORI) Spesa pubblica per debitore
<i>CAT 1 (estrazione con termini "LAMAL" o "KVG")</i>				
ACB, senza pignoramento	11'553'902	3119	3704	3149
ACB, dopo pignoramento	510'277	181	2819	2396
ACB, complessivi	12'064'179	3300	3656	3107

Tabella 2: Ipotesi di riduzione della spesa pubblica in CHF (n=numero di assicurati non diventati insolventi)

n	100	200	500	1000
<i>CAT 1 (estrazione con termini "LAMAL" o "KVG")</i>				
ACB, senza pignoramento	314'871	629'741	1'574'353	3'148'707
ACB, dopo pignoramento	239'633	479'266	1'198'164	2'396'329
ACB, complessivi	310'744	621'488	1'553'720	3'107'440

Il nuovo modello di intervento per gli assicurati morosi, sospesi e insolventi è caratterizzato da elementi imponderabili suscettibili di influenzare qualsiasi valutazione.

Per queste ragioni si è unicamente indicata l'entità del risparmio potenziale (basato sul costo storico sinora conosciuto) a dipendenza dei possibili casi di assicurati morosi per i quali sarà possibile (grazie agli spazi di manovra concessi dalla legge federale come la sospensione), un intervento con la collaborazione dei Comuni e delle CTR per evitare l'insolvenza.

L'esperienza acquisita nel 2012 e nel 2013, unitamente al previsto monitoraggio, permetteranno la raccolta di informazioni utili a valutare il risparmio finanziario che i vari interventi di prossimità saranno stati in grado di produrre attraverso le misure di pressione e il coinvolgimento dei Comuni.

6.2 Spesa per monitoraggio e risorse

6.2.1 Monitoraggio

È necessario prevedere un sistema di monitoraggio, comprensivo dei diversi aspetti del fenomeno, in particolare dell'insolvenza, che ne permetta una valutazione periodica tanto sotto il profilo conoscitivo quanto della pianificazione finanziaria.

Per lo svolgimento di questa attività la SUPSI ha stimato un costo di ca. CHF 50'000 per il 2012 (compreso il lavoro di concezione e di messa in opera) e un costo di ca. CHF 25'000 annui per gli anni successivi. Queste cifre potrebbero dover essere riviste in funzione della definizione più precisa degli obiettivi del monitoraggio, come pure delle modalità di messa in atto dello stesso: da questi, infatti, può dipendere l'entità delle risorse occorrenti. Nella stima non sono contemplati i costi delle prestazioni dei servizi statali, necessari alla buona riuscita del progetto.

6.2.2 Risorse

La valutazione delle risorse è strettamente connessa agli aspetti organizzativi, amministrativi e tecnici, che sono esposti nel capitolo 7.

Per i nuovi compiti stabiliti dall'art. 64a LAMal si prevede di riallocare le unità attualmente occupate nell'applicazione del modello adottato dal nostro Cantone a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal il 1° gennaio 2006 man mano che saranno esauriti gli specifici compiti ad esse attribuite.

In ogni caso, in considerazione dei nuovi compiti, occorre assumere due unità supplementari per una spesa di CHF 180'000.--, fermo restando che l'attuazione di quanto previsto dall'art. 64a LAMal (comunicazioni, registrazioni, pagamenti e controllo) sia informatizzato.

6.3 Spesa per Comuni (indennizzo)

Ai sensi dell'art. 4 LCAMal, per i Comuni vige il principio della gratuità nello svolgimento dei compiti loro assegnati dalla normativa che si riferiscono in particolare al controllo dell'obbligo assicurativo⁴³. In tale ambito si inserisce la valutazione che i Comuni saranno chiamati a svolgere secondo il diritto cantonale a seguito del nuovo art. 64a LAMal. Tuttavia, per questa valutazione si potrebbe ipotizzare un indennizzo per i casi suscettibili di accertamento secondo le modalità e l'importo stabiliti dal Consiglio di Stato.

7. GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI, AMMINISTRATIVI E TECNICI

Con l'introduzione del nuovo art. 64a LAMal sono da prevedere cambiamenti a livello organizzativo, amministrativo e tecnico (sistema informatico).

In particolare, l'eccezione prevista dal capoverso 7 dell'art. 64a LAMal, che il nostro Cantone intende introdurre, comporta una serie di accorgimenti organizzativi, amministrativi e tecnici di non poco conto che consistono:

- nella gestione delle comunicazioni agli assicuratori, alle autorità e agli assicurati;
- nella gestione delle sospensioni dell'assunzione di costi delle prestazioni fornite;
- nella gestione delle segnalazioni dei Comuni e delle relative istanze alle autorità tutorie (CTR) volta all'adozione di misure di protezione della personalità.

Oltre ai compiti esposti, si rileva che l'assunzione nella misura dell'85% dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati da attestati di carenza di beni implica pure una verifica della correttezza dei dati prima di procedere al pagamento

⁴³ Cfr. Commento all'articolo nel Messaggio 3 gennaio 1996 n. 4474 del Consiglio di Stato.

che consiste nel controllo dei conteggi finali trasmessi dall'assicuratore entro il 31 marzo e nella gestione dei pagamenti agli assicuratori entro il 30 giugno.

I cambiamenti dovranno essere accompagnati anche a livello tecnico (sistema informatico).

8. RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO

La necessità di adeguare la LCAMal ai disposti della LAMal in vista della sua entrata in vigore al 1° gennaio 2012 è prevista dalle Linee direttive e dal Piano finanziario della legislatura 2008-2011 (cfr. scheda programmatica dei temi settoriali n. 6 del Dipartimento della sanità e della socialità "*Modifiche LAMal: finanziamento ospedali, cure di lunga durata, insolventi*" - terzo aggiornamento in: www4.ti.ch/can/linee-direttive/ldpf/2008-2011-terzo-aggiornamento/). L'anno previsto nelle Linee direttive per la presentazione al Gran Consiglio è il 2011.

Le modifiche proposte con questo messaggio rientrano quindi negli scenari e nella tempistica previsti dalle succitate Linee direttive.

Riguardo al Piano finanziario 2012-2014 - seconda parte, quanto ai nuovi compiti (capitolo 5.), e meglio alla *Nuova soluzione federale per gli assicurati insolventi* riferita alla scheda di cui al capitolo 3, per gli anni 2012, 2013 e 2014 è stata prevista una spesa rispettivamente di CHF 7.80 mio, CHF 10.30 mio e CHF 10.84 mio con l'indicazione delle seguenti osservazioni: "*Il nuovo art. 64a LAMal, approvato dal Parlamento federale, prevede la seguente ripartizione della spesa per il rimborso degli oneri LAMal degli assicurati insolventi: 85% Cantone e 15% assicuratori malattia. A regime (nel 2013) si prevede una spesa di 15.5 mio per questo nuovo compito. Il 2012 considera la metà di questa spesa a titolo di nuovo compito. Per il 2013 si stima un costo di 10.3 mio CHF (15.5 mio per il nuovo compito - 5.2 mio già considerati in tendenza). Mentre per il 2014 la valutazione si riferisce all'importo del nuovo compito aumentato del 2%, ai quali bisogna togliere i 5.2 mio già considerati in tendenza. Gli ulteriori accertamenti in corso permetteranno di confermare l'evoluzione*".

Sono inoltre da prevedere, quali spese di investimento, i costi informatici per la realizzazione del nuovo applicativo informatico e l'adeguamento di quelli esistenti nella finalità di creare i necessari interfacciamenti. Al momento l'importo non può ancora essere quantificato. Lo potrà essere solo dopo aver allestito il progetto di massima.

Sotto l'aspetto della parità uomo-donna e dell'eurocompatibilità, la modifica legislativa in rassegna non pone alcun problema.

9. COMMENTO DEGLI ARTICOLI DI LEGGE

9.1 Assicurati insolventi per oneri LAMal

Le modifiche conseguenti all'introduzione del nuovo art. 64a LAMal sono inserite nel Titolo III della LCAMal che già disciplina il mancato pagamento delle prestazioni obbligatorie previste dalla legislazione federale.

Gli articoli 20, 21 e 22 sono modificati nel senso che sono sostituiti. Tali disposizioni, nella versione precedentemente in vigore alla presente modifica, sospese dapprima dal Decreto legislativo (in seguito: DL) del 18 settembre 2007 volto a disciplinare le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione

obbligatoria contro le malattie e poi da quelli emanati successivamente il 15 dicembre 2008 e il 16 dicembre 2009⁴⁴ a rinnovo uno dell'altro, restano applicabili per i crediti maturati prima del 1° gennaio 2006 (cfr. anche nuovo art. 83a LCAMal di cui si dirà più sotto).

Articolo 5

Sono modificati i capoversi 1 e 2 della disposizione come pure il relativo marginale che concerne gli obblighi degli assicuratori. Nel marginale vi è l'aggiunta dell'espressione "*e degli organi di revisione*".

Capoverso 1

Anche per gli organi di revisione esterni degli assicuratori i compiti loro assegnati sono svolti a titolo gratuito, come da art. 105j cpv. 3 OAMal. In questo senso si inserisce l'espressione "*e i loro organi di revisione*".

Capoverso 2

Ritenuto che si tratta di una disposizione generale e che destinatarie delle comunicazioni fornite gratuitamente dagli assicuratori sono più autorità cantonali, si inserisce l'espressione "*autorità cantonale competente*".

Articolo 20

L'autorità competente destinataria delle comunicazioni degli assicuratori (artt. 105e e 105f OAMal) secondo il nuovo art. 64a cpv. 3 LAMal è designata dal Consiglio di Stato (art. 105d OAMal).

Articolo 21

Destinataria delle comunicazioni di dati che l'assicuratore è tenuto a fornire ai Cantoni secondo la legislazione federale sull'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (artt. 105e e 105f OAMal) è l'autorità che sarà designata dal Consiglio di Stato (art. 105d OAMal).

Articolo 22

La disposizione ribadisce quanto previsto dall'OAMal, specificandone i contenuti.

Le notifiche da parte degli assicuratori dei dati personali degli assicurati oggetto di esecuzione ai sensi LEF e del periodo a cui è riferito il credito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la sua composizione avviene conformemente all'art. 105e cpv. 1 OAMal. Le modalità e termini delle comunicazioni saranno definiti dal Reg. LCAMal.

Articolo 22a

Per gli assicurati beneficiari di prestazione complementare all'AVS/AI - che attualmente sono 852 -, la comunicazione da parte degli assicuratori dei dati personali all'autorità designata dal Consiglio di Stato avviene, come previsto dall'art. 105e cpv. 1 OAMal, con la promozione dell'esecuzione ai sensi della LEF.

Si rileva che per questi assicurati, nell'ambito dell'assicurazione sulle prestazioni complementari all'AVS/AI, è attualmente garantito sia il versamento del premio

⁴⁴ Cfr. RL 6.4.6.1.3.2.

dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia quello delle partecipazioni ai costi (franchigia e aliquota percentuale del 10% secondo l'art. 64 cpv. 2 lett. b LAMal sino ad un massimo annuo di CHF 700.-- giusta l'art. 103 cpv. 2 OAMal) nella misura di CHF 1'000.-- al massimo (cfr. art. 12 LaLPC).

Pertanto, per gli assicurati in questione con una franchigia di CHF 300.--, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, tramite il Servizio PC, pagherà direttamente agli assicuratori gli oneri LAMal conformemente a quanto previsto dalla legislazione in materia di prestazioni complementari.

Articolo 22b

Competenti a comunicare agli assicurati maggiorenni la sospensione sono gli assicuratori (art. 64a cpv. 7 seconda frase LAMal). Questi ultimi devono quindi informare quanto prima l'autorità designata dal Consiglio di Stato sull'intervenuta sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite e pure sull'annullamento della stessa per ogni singolo assicurato interessato nelle modalità previste per le comunicazioni a carattere generale fra assicuratori e Cantone.

Articolo 22c

Allo scopo di sensibilizzare sulle conseguenze del mancato pagamento degli oneri LAMal e di arginare il fenomeno degli assicurati morosi ed eventualmente anche insolventi, sono oggetto di informativa da parte dell'autorità designata dal Cantone:

- gli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione ai sensi della LEF (i cosiddetti assicurati morosi);
- gli assicurati nei confronti dei quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni (i cosiddetti assicurati insolventi).

Articolo 22d

La comunicazione dei dati personali degli assicurati nei confronti dei quali gli assicuratori hanno proceduto in via esecutiva ai sensi della LEF è effettuata nei confronti dell'autorità designata dal Consiglio di Stato (nuovo art. 21 LCAMal in relazione all'art. 105e cpv. 1 OAMal).

L'autorità designata dal Consiglio di Stato, a sua volta, comunica all'autorità preposta all'assistenza sociale i dati relativi ai beneficiari di prestazioni assistenziali al fine di permettere a quest'ultima di predisporre i pagamenti degli importi scoperti indicati al capoverso 2 della disposizione direttamente agli assicuratori. Al proposito si rinvia a quanto esposto al Capitolo 4.3.3.4.

Articolo 22e

Al fine di consentire all'autorità designata dal Consiglio di Stato di individuare gli assicurati beneficiari di prestazioni assistenziali fra gli assicurati notificati dagli assicuratori ai sensi del nuovo art. 21 LCAMal in relazione all'art. 105e cpv. 1 OAMal, è necessario che a questa autorità sia dato l'accesso alla banca dati dell'autorità preposta all'assistenza sociale.

Articolo 22f

Ai fini del rimborso dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, è importante che l'autorità designata dal Consiglio di Stato possa collaborare

con gli assicuratori e le autorità interessate, fra cui, in particolare, i Comuni e gli Uffici esecuzione e fallimenti.

Articolo 22g

Con un'esecuzione ai sensi della LEF riguardante i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scatta la sospensione che viene in ogni caso comunicata dall'autorità designata dal Consiglio di Stato all'assicuratore, affinché quest'ultimo proceda alla sua formalizzazione (art. dell'art. 64a cpv. 7 seconda frase LAMal).

La misura riguarda unicamente gli assicurati maggiorenni, eccettuati i beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI, ed è applicata conformemente al capoverso 7 dell'art. 64a LAMal, disposizione in base alla quale la sospensione deve essere esclusa nei casi d'urgenza medica.

L'effetto della sospensione prende avvio con la comunicazione sotto forma di decisione formale da parte dell'assicuratore all'assicurato maggiorenne.

Articolo 22h

Gli assicurati beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI, siano essi maggiorenni o minorenni, non possono essere oggetto di sospensione ai sensi dell'art. 22g LCAMal, malgrado sia stata promossa nei loro confronti un'esecuzione ai sensi della LEF.

Articolo 22i

Gli assicurati maggiorenni morosi sono registrati dall'autorità designata dal Consiglio di Stato in un elenco accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni secondo la legislazione federale in materia di assicurazione malattie obbligatoria (art. 64a cpv. 7 prima frase LAMal).

Il contenuto del summenzionato elenco è aggiornato periodicamente dall'autorità designata dal Consiglio di Stato.

Riguardo ai Comuni, la registrazione nell'elenco equivale a comunicazione da parte dell'autorità cantonale designata dal Cantone per l'avvio delle valutazioni secondo quanto previsto dal capoverso 3 della disposizione. È quindi compito dei Comuni di verificare l'elenco.

Articolo 22l

A differenza degli assicurati maggiorenni, gli assicurati minorenni non possono essere oggetto di sospensione, come peraltro avviene secondo il modello cantonale attualmente in vigore.

Per gli assicurati minorenni il Cantone rimborsa i relativi crediti per oneri LAMal accertati da un attestato di carenza di beni che li riguarda (cfr. capitolo 4.3.1.2.).

Articolo 22m

Il ruolo dei Comuni, determinante nell'accertamento della situazione reddituale e patrimoniale degli assicurati morosi/insolventi e delle loro unità di riferimento (cfr. capitolo 4.3.2.3), è di natura consultiva.

Il Comune, verificato l'elenco degli assicurati sospesi, valuta, nell'ambito della sua autonomia, se la situazione finanziaria degli assicurati ivi registrati permette loro di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e li rende attenti sulle conseguenze del mancato pagamento.

L'esito delle valutazioni effettuate dai Comuni dovrà essere comunicato all'autorità designata dal Consiglio di Stato.

Articolo 22n

Per l'assicurato maggiorenne che, secondo il Comune, dispone dei mezzi finanziari per fare fronte al pagamento degli oneri LAMal, l'autorità designata dal Consiglio di Stato ha la facoltà di segnalare all'autorità tutoria di adozione di misure di protezione; quest'ultima esaminerà in piena autonomia i casi portati alla sua attenzione tramite segnalazione e, se dati i presupposti, potrà procedere all'adozione delle misure di sua competenza.

L'autorità designata dal Consiglio di Stato mantiene registrato l'assicurato maggiorenne nell'elenco degli assicurati sospesi sino al pagamento degli oneri LAMal scoperti.

Articolo 22o

Per l'assicurato maggiorenne che, secondo il Comune, non dispone dei mezzi finanziari per fare fronte al pagamento degli oneri LAMal, l'autorità designata dal Consiglio di Stato notifica all'assicuratore l'annullamento della sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite, ne cancella il nominativo dall'elenco degli assicurati sospesi e rimborsa all'assicuratore i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti nei termini stabiliti dalla relativa legislazione (art. 64a cpv. 3 prima frase LAMal).

Articolo 22p

Per le valutazioni eseguite tramite particolari accertamenti è riconosciuto ai Comuni un indennizzo secondo le modalità e per l'importo stabiliti dal Consiglio di Stato.

Articolo 22q

L'organo di revisione dell'assicuratore, designato dal Cantone, svolge i compiti nelle modalità previste dalla legislazione federale in materia di assicurazione malattie obbligatoria LAMal (cfr. art. 64a cpv. 3 seconda frase LAMal e 105j OAMal).

Articolo 22r

L'autorità designata dal Consiglio di Stato procede alle verifiche nell'ambito della procedura di validazione dei pagamenti (85% giusta l'art. 64a cpv. 3 e 4 LAMal; art. 105k OAMal). A tale autorità compete, inoltre, di verificare che gli assicuratori non abbiano ceduto a terzi i crediti accertati da attestati di carenza di beni per oneri LAMal. In caso di cessione, si veda il nuovo art. 22t cpv. 3 LCAMal.

Articolo 22s

La disposizione si rende necessaria al fine di garantire all'autorità designata dal Consiglio di Stato di poter svolgere i compiti che le sono stati attribuiti. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza e allo scopo di ossequiare la legge sulla protezione dei dati, l'accesso alle banche dati UEF necessita di una base legale esplicita (cfr. Michele Albertini, Protezione dei dati e procedura di richiamo, in RtiD II-2010 pag. 317 e segg.).

Articolo 22t

L'assunzione degli oneri LAMal da parte del Cantone e la comunicazione in tal senso agli assicuratori avviene una volta che l'autorità designata dal Cantone ha dato il proprio nulla osta.

In ogni caso, il pagamento degli attestati di carenza di beni per le persone sottoposte a misure di protezione secondo il diritto tutorio è sospeso fintantoché la misura non è revocata e/o il credito relativo all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperto non è stato pagato.

Il Cantone non assume alcun pagamento di crediti per oneri LAMal accertati da attestati di carenza di beni ceduti a terzi. Inoltre, il Cantone non riconosce alcun costo aggiuntivo rispetto a quelli indicati dall'art. 64a cpv. 2 LAMal.

Articolo 83a

Con l'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal il 1° gennaio 2006 si è resa necessaria l'emanazione di un Decreto legislativo (in seguito: DL) volto a disciplinare le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 settembre 2007. Attraverso questo DL, il nostro Cantone ha determinato le impostazioni del proprio modello di intervento e ha stabilito le linee direttrici di procedura, incombando ai Cantoni regolare gli aspetti conseguenti alla sospensione delle prestazioni LAMal. Con il Regolamento LCAMal sono invece state definite le norme di applicazione.

Giunto a scadenza con effetto al 31 dicembre 2008, il DL approvato in origine è stato sostituito dapprima dal DL del 15 dicembre 2008, che nella sostanza ha riconfermato i principi direttori e le impostazioni procedurali del precedente DL, e poi, infine, dal DL del 16 dicembre 2009. Mediante quest'ultimo DL, l'attuale modello cantonale di intervento nell'ambito degli assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal è stato prorogato, in attesa degli sviluppi della problematica sul piano federale.

Con l'introduzione del nuovo art. 64a LAMal, il DL rimarrà applicabile per i crediti riferiti al periodo dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2011.

In tal senso, si introduce un nuovo articolo 83a nel Titolo X riferito alle disposizioni transitorie.

Articolo 83b

Come evidenziato al capitolo 4.4.2., il Cantone Ticino applicherà il capoverso 2 delle Disposizioni transitorie della modifica del 19 marzo 2010 con le conseguenze esposte.

9.2 Riduzione dei premi

9.2.1 Entrata in vigore anticipata del nuovo modello

Il nuovo sistema di riduzione dei premi ha comportato la modifica della legge cantonale di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997 (cfr. messaggio 15 settembre 2009 n. 6264). La modifica è stata approvata dal Gran Consiglio il 24 giugno 2010 ed è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi 45/2010 del 20 agosto 2010. L'entrata in vigore delle disposizioni LCAMal interessate, fissata al 1° gennaio 2012, deve essere anticipata al 1° novembre 2011 per questioni operative legate a quanto previsto in materia dalla legislazione federale in vigore dal 1° gennaio 2012. Al proposito, si rileva che la modifica dell'OAMal è stata approvata

dal Consiglio federale solo il 22 giugno 2011. L'autorità cantonale competente in ambito di riduzione dei premi, deve procedere all'emanazione delle decisioni riferite all'anno 2012 già nel corso dell'autunno 2011 affinché gli assicuratori, informati con un anticipo sufficiente sul nome degli assicurati con diritto alla riduzione dei premi e sul relativo importo, possano tenere conto della riduzione al momento della fatturazione dei premi (cfr. nuovo art. 65 cpv. 4^{bis} prima frase LAMal). Al proposito, si evidenzia che gli assicuratori hanno l'obbligo di informare gli aventi diritto dell'importo effettivo della riduzione al più tardi in occasione della fatturazione successiva (nuovo art. 65 cpv. 4^{bis} seconda frase LAMal).

9.2.2 *Trattamento dei dati fiscali*

Articolo 25a

Il nuovo art. 25a LCAMal si rende necessario al fine di garantire il flusso automatizzato delle informazioni e dei dati, in particolare fra l'autorità fiscale e l'organo di esecuzione della riduzione di premio nell'assicurazione malattie. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza ed allo scopo di ossequiare la legge sulla protezione dei dati, detto flusso automatizzato necessita di una base legale esplicita (cfr. Michele Albertini, Protezione dei dati e procedura di richiamo, in RtiD II-2010 pag. 317 e segg.).

Si osserva che un'analogia base legale per le prestazioni di complemento ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 lett. d), e), f), g) e h) Laps (vedi art. 3 Laps) è già prevista nell'attuale art. 28 Laps.

10. CONCLUSIONI

Osservato quanto precede, il Consiglio di Stato invita il Parlamento ad accogliere le proposte contenute nel presente messaggio.

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

Per il Consiglio di Stato:

La Presidente, L. Sadis
Il Cancelliere, G. Gianella

Disegno di

LEGGE

di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997; modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

visto il messaggio 28 settembre 2011 n. 6534 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

I.

La legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997, è così modificata:

Articolo 5 cpv. 1 e 2

E. Obblighi degli assicuratori e degli organi di revisione

¹Gli assicuratori e i loro organi di revisione svolgono a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla legislazione cantonale e federale in materia di assicurazione obbligatoria LAMal.

²Essi forniscono gratuitamente tutte le informazioni e le attestazioni necessarie all'autorità cantonale competente.

TITOLO III - Assicurati insolventi (nuovo)

Capitolo I - Competenze (nuovo)

Articolo 20 (nuovo)

A. Autorità competente

Il Consiglio di Stato designa l'autorità competente conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Capitolo II - Comunicazioni (nuovo)

Sezione I - Comunicazioni dagli assicuratori ai Cantoni

Articolo 21 (nuovo)

A. Comunicazioni di dati

¹Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati previsti dalla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

I. Comunicazioni generali

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22 (nuovo)

II. Comunicazioni relative alle esecuzioni forzate

¹Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati personali degli assicurati nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi della Legge federale sull'esecuzione e sul fallimento (LEF), indicando il periodo a cui è riferito il credito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la sua composizione.

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22a (nuovo)

III. Comunicazioni relative agli assicurati beneficiari di prestazioni PC AVS/AI e pagamenti

¹Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati personali e l'ammontare delle franchigie e delle partecipazioni ai costi degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi della LEF.

²Per gli assicurati di cui al capoverso 1 gli oneri relativi alla franchigia obbligatoria e alle partecipazioni ai costi possono essere pagati direttamente agli assicuratori dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22b (nuovo)

B. Comunicazioni relative alla sospensione

Gli assicuratori comunicano immediatamente all'autorità designata dal Consiglio di Stato la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite e l'annullamento della stessa.

Sezione II - Comunicazioni dal Cantone

Articolo 22c (nuovo)

A. Comunicazione agli assicurati

¹L'autorità designata dal Consiglio di Stato informa sulle conseguenze del mancato pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

- gli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione;
- gli assicurati nei confronti dei quali è stato emesso un attestato di carenza di beni.

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22d (nuovo)

B. Comunicazioni all'autorità cantonale preposta all'assistenza sociale e pagamenti

¹L'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica all'autorità cantonale preposta all'assistenza i dati degli assicurati al beneficio di una prestazione assistenziale nei confronti dei quali gli assicuratori hanno comunicato conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di avere promosso un'esecuzione ai sensi della LEF.

I. Dati personali degli assicurati beneficiari di prestazioni assistenziali notificati dagli assicuratori e pagamenti

²Per gli assicurati di cui al capoverso 1 l'autorità cantonale preposta all'assistenza può pagare direttamente agli assicuratori:

- a) gli oneri relativi ai premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, se l'importo relativo alla prestazione di diritto è maggiore o uguale al premio mensile;
- b) la franchigia;
- c) le partecipazioni ai costi.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22e (nuovo)

II. Trattamento dei dati da parte dell'autorità preposta all'assistenza sociale

L'autorità designata dal Consiglio di Stato è autorizzata a consultare, a elaborare e a estrapolare dalle banche dati dell'autorità cantonale preposta all'assistenza i dati personali degli assicurati titolari del diritto a prestazioni assistenziali e dei membri della rispettiva unità di riferimento che sono stati notificati dagli assicuratori conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 22f (nuovo)

C. Collaborazione con gli assicuratori e altre autorità

L'autorità designata dal Consiglio di Stato può collaborare con gli assicuratori e con le autorità interessate ai fini del rimborso dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Capitolo III - Sospensione

Sezione I - Assicurati maggiorenni

Articolo 22g (nuovo)

A. Sospensione dell'assunzione dei costi

¹In caso di esecuzione ai sensi della LEF, l'autorità designata dal Consiglio di Stato notifica all'assicuratore la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite, tranne nei casi d'urgenza medica conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

²La sospensione da parte dell'assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22h (nuovo)

B. Eccezione alla sospensione

Agli assicurati beneficiari di prestazioni complementari non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

Articolo 22i (nuovo)

C. Elenco degli assicurati sospesi

¹L'autorità designata dal Consiglio di Stato registra in un elenco gli assicurati sospesi e informa gli stessi dell'avvenuta registrazione.

²L'autorità designata dal Consiglio di Stato aggiorna periodicamente l'elenco di cui al capoverso 1 e lo rende accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni.

³La registrazione nell'elenco equivale a comunicazione alle autorità di cui al capoverso 2.

⁴Il Regolamento disciplina i particolari.

Sezione II - Assicurati minorenni

Articolo 22l (nuovo)

Assunzione dei costi e rimborso dei crediti

¹Agli assicurati minorenni non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

²Il Cantone rimborsa agli assicuratori i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati da un attestato di carenza di beni che interessa gli assicurati minorenni.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Capitolo IV - Intervento sociale (nuovo)

Articolo 22m (nuovo)

A. Comune di domicilio

¹Il Comune di domicilio verifica l'elenco degli assicurati sospesi e, per ogni assicurato maggiorenne registrato nell'elenco, valuta nell'ambito della sua autonomia se la situazione economica dello stesso gli permette di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e lo informa sulle conseguenze del mancato pagamento.

²Il Comune comunica all'autorità designata dal Consiglio di Stato l'esito della valutazione di cui al capoverso 1.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22n (nuovo)

B. Esito valutazione del Comune

I. Segnalazione

¹Per l'assicurato maggiorenne che secondo il Comune presenta una situazione economica che gli permette di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può presentare formale segnalazione all'autorità tutoria per l'adozione di eventuali misure a protezione.

²L'assicurato di cui al capoverso 1 rimane registrato nell'elenco degli assicurati sospesi sino al pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22o (nuovo)

II. Annullamento della sospensione

¹Per l'assicurato maggiorenne che secondo il Comune presenta una situazione economica che non gli permette di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato notifica all'assicuratore l'annullamento della sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite, ne cancella il nominativo dall'elenco degli assicurati sospesi e rimborsa all'assicuratore i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti nei termini stabiliti dalla relativa legislazione.

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22p (nuovo)

C. Indennizzo ai Comuni

¹Il Cantone riconosce ai Comuni un indennizzo per i casi valutati e segnalati all'autorità designata dal Consiglio di Stato.

²Il Consiglio di Stato ne stabilisce le modalità e l'importo.

Capitolo V - Organo di revisione (nuovo)

Articolo 22q (nuovo)

Organo di revisione

L'organo di revisione esterno dell'assicuratore è quello designato dal Cantone.

Capitolo VI - Pagamenti (nuovo)

Articolo 22r (nuovo)

A. Pagamenti

I. Compiti

¹L'autorità designata dal Consiglio di Stato accerta le richieste di rimborso inoltrate al Cantone dagli assicuratori conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Essa appura inoltre che gli assicuratori non abbiano ceduto a terzi i crediti accertati da attestati di carenza di beni riferiti ai crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22s (nuovo)

II. Trattamento dei dati delle esecuzioni e dei fallimenti ai sensi LEF ¹All'autorità designata dal Consiglio di Stato è dato l'accesso ai dati gestiti dagli Uffici esecuzione e fallimenti relativi ai crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente alla LEF.

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22t (nuovo)

B. Assunzione dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ¹Il Cantone, previa autorizzazione dell'autorità designata dal Cantone, comunica all'assicuratore i dati personali degli assicurati per i quali si assume i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e l'ammontare.

²Per gli assicurati cui è stata prevista una misura di protezione secondo il diritto tutorio, il pagamento rimane in sospeso sintantoché la misura non è revocata e/o il credito relativo all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperto non è stato pagato integralmente.

³Il Cantone assume i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati in un attestato di carenza di beni conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto nei confronti degli assicuratori che hanno conservato la titolarità dell'attestato di carenza di beni riferito al credito chiesto in restituzione.

⁴Il Cantone non assume alcun ulteriore costo rispetto a quelli stabiliti dalla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 83a (nuovo)

D. Assicurati con sospensione di prestazioni LAMal o in mora con i pagamenti Per i crediti riferiti all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie maturati prima del 1. gennaio 2012 si applica il diritto previgente.

Articolo 83b (nuovo)

E. Disposizione transitoria federale ¹Il Cantone non assume i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della modifica dell'art. 64a LAMal.

²Si richiama il capoverso 2 delle Disposizioni transitorie della modifica del 19 marzo 2010 riguardante l'art. 64a LAMal.

II.

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Il Consiglio di Stato determina l'entrata in vigore.

Disegno di

LEGGE

di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997; modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

visto il messaggio 28 settembre 2011 n. 6534 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

I.

La legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997, è così modificata:

Articolo 25a (nuovo)

D. Trattamento dei dati fiscali

¹Allo scopo di garantire l'elaborazione razionale dei dati fiscali per il calcolo della riduzione dei premi, i dati possono essere trasmessi singolarmente mediante liste o su supporti elettronici di dati.

²Possono essere resi accessibili anche mediante una procedura di richiamo.

II.

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²L'entrata in vigore delle modifiche del 24 giugno 2010 alla legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 26 giugno 1997, precedentemente fissata per il 1° gennaio 2012, unitamente all'art. 25a LCAMal (nuovo), è anticipata al 1° novembre 2011.

Le modifiche del 24 giugno 2010 alla Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), del 5 giugno 2000, entreranno in vigore il 1° gennaio 2012, come previsto.