

Rapporto di maggioranza

numero

data

Dipartimento

6534 R1

9 dicembre 2011

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 28 settembre 2011 concernente la modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997: assicurati morosi, sospesi e insolventi

1. L'ESSENZIALE IN BREVE

Premessa

Sul Messaggio in esame sono stati stilati due Rapporti; il presente Rapporto di maggioranza e quello di minoranza della collega Michela Delcò Petralli.

Entrambi i Rapporti hanno subito degli aggiornamenti a dipendenza delle considerazioni svolte dalla Commissione. Tuttavia, come rettamente rilevato dalla relatrice di minoranza, "Il rapporto di minoranza si è mantenuto quasi "originale" nel senso che si è rinunciato a confutare nel dettaglio le modifiche apportate dal nuovo rapporto di maggioranza".

Attenzione quindi a non fare confusione.

Buona parte delle obiezioni contenute nel Rapporto di minoranza si riferiscono alla situazione proposta con il Messaggio e non a quella, emendata, del Rapporto di maggioranza.

Rispetto al Messaggio il presente Rapporto ha infatti introdotto in particolare le seguenti modifiche:

- a) è stato **eliminato l'automatismo** della richiesta di sospensione da parte dell'Autorità cantonale a favore di una norma potestativa: l'Autorità può...;
- b) è stata introdotta la **facoltà dell'Autorità cantonale di revocare** una sospensione già attuata;
- c) la revoca della sospensione è stata espressamente prevista per **permettere la copertura assicurativa dei costi delle cure di prima necessità** (e quindi non solo quelle d'urgenza medica previste dal diritto federale);
- d) in collaborazione con il dr. iur. Michele Albertini, sono state introdotte delle norme per far sì che la gestione dell'elenco dei sospesi avvenga nel pieno **rispetto delle disposizioni federali e cantonali sulla protezione dei dati**;
- e) è stato previsto un **monitoraggio della durata di due anni, con conseguente presentazione al Gran Consiglio di una valutazione** dell'efficacia, delle conseguenze economiche e dell'impatto sui Comuni delle misure introdotte.

Nel merito

Il Messaggio governativo propone un aggiornamento della Legge cantonale di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), necessario a seguito di una modifica della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) che entrerà in vigore il 1. gennaio 2012.

Si tratta in particolare del nuovo art. 64a LAMal, ossia della norma che riguarda gli assicurati cosiddetti morosi.

La revisione federale comporta un importante cambiamento di paradigma.

A differenza di quanto avviene attualmente, a partire dal prossimo anno gli assicuratori malattia non sospenderanno più automaticamente gli assicurati che non fanno fronte agli oneri dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ricevendo in compenso dai Cantoni l'85% dei crediti accertati mediante attestato di carenza beni.

Tali attestati saranno conservati dagli assicuratori, i quali provvederanno a restituire al Cantone interessato il 50% degli importi che dovessero in futuro incassare dagli assicurati.

Per evitare abusi, la disposizione federale prevede tuttavia anche una sorta di "optional", dando ai Cantoni la facoltà di richiedere agli assicuratori di sospendere gli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa una procedura esecutiva, salvo nei casi di urgenza medica.

Il Cantone avrà poi facoltà di inserire il nominativo di tali assicurati in un elenco accessibile ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone stesso.

La sospensione non avverrà quindi più automaticamente da parte degli assicuratori malattia, ma solo su esplicita richiesta di quei Cantoni che decideranno di far uso della facoltà riconosciuta loro dal diritto federale.

In caso di sospensione, il pagamento delle prestazioni d'urgenza medica avverrà direttamente ad opera degli assicuratori, a differenza di quanto avviene oggi in Ticino in base al Decreto Legislativo in vigore, giusta il quale le cure di prima necessità sono di principio a carico del Cantone, e meglio come si dirà nel prosieguo.

Con il Messaggio in esame, il Consiglio di Stato propone di utilizzare la facoltà di sospensione, ritenendo trattarsi di valido mezzo di pressione e di intervento tempestivo nell'ottica di un contenimento del fenomeno degli assicurati morosi e delle sue negative conseguenze per l'intera collettività.

Il mancato pagamento degli oneri LAMal da parte di chi ne avrebbe la possibilità, oltre a interrompere il principio di solidarietà fra assicurati, conduce infatti a un aumento dei premi dell'assicurazione obbligatoria e un aggravio di costi per le finanze cantonali, visto l'obbligo di assunzione dell'85% degli attestati di carenza beni.

Va anche ricordato che, con l'introduzione del nuovo sistema di rinuncia alla sospensione automatica da parte degli assicuratori, a partire dal 1. gennaio 2012 tutti gli assicurati - anche quelli sospesi in base all'attuale diritto - potranno nuovamente beneficiare della copertura assicurativa per cure future, pur continuando a sussistere la sospensione per il passato, così come le situazioni debitorie pregresse.

Questa sorta di "amnistia" offre dunque l'opportunità straordinaria di una nuova partenza - a livello assicurativo - anche per chi fosse attualmente sospeso.

Si ritiene quindi più che opportuno adottare lo strumento della sospensione messo a disposizione dal diritto federale, così da **non sprecare simile opportunità e fare tutto il possibile per evitare che le situazioni abbiano nuovamente a degenerare**, rendendo poi

molto più difficile se non impossibile il recupero degli arretrati e il rientro nel circolo virtuoso.

Senza la pressione che potrà essere esercitata mediante la sospensione, è facilmente prevedibile che il fenomeno degli assicurati morosi esploderà letteralmente, con costi enormi a carico della collettività e degli assicurati paganti, così come è stato il caso in quei Cantoni che, a differenza del Ticino, hanno di fatto abolito la sospensione, pagando direttamente gli arretrati alle Casse malati.

D'altro canto la Commissione ha pure espresso preoccupazione per le conseguenze che la sospensione potrà avere sulle fasce più deboli della popolazione o per persone gravemente malate.

Al riguardo, già il Messaggio governativo prevede che non vi sarà sospensione per i minorenni, per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI e, di fatto, per chi beneficia dell'assistenza.

D'accordo con il Consiglio di Stato, l'automatismo della richiesta di sospensione da parte del Cantone - contenuto nel Messaggio - è ora stato sostituito con la semplice facoltà di richiedere tale sospensione. È inoltre stata aggiunta una clausola che conferisce facoltà al Cantone, in casi eccezionali, di chiedere la revoca della sospensione, segnatamente per permettere l'assunzione dei costi di cure di prima necessità che vadano al di là del concetto di urgenza medica sancito dal diritto federale.

La Commissione ha poi previsto che l'accertamento da parte dei Comuni in merito alla situazione finanziaria degli assicurati oggetto di procedura esecutiva sia svolto prima di richiedere la sospensione e non solo dopo, come prevedeva originariamente il Messaggio.

In questo modo lo strumento della sospensione viene veramente messo nelle mani del Cantone, il quale, a differenza di quanto avveniva con la sospensione automatica da parte delle Casse malattia, disporrà della necessaria autonomia per farne un uso equo e ragionevole, che tenga conto delle specifiche circostanze del caso concreto.

Lo scopo è quello di **colpire gli abusi e non chi è effettivamente impossibilitato a pagare** o si trova in mora senza responsabilità propria (minorenni).

Il margine di apprezzamento introdotto permette poi di avere un occhio di riguardo anche nei confronti di malati gravi, le cui necessità di cura non rientrano necessariamente nel ristretto concetto di "urgenza medica" sancito dall'art. 64a cpv. 7 LAMal.

In questo senso, con queste sostanziali precisazioni e in particolare per i motivi esposti al seguente capitolo 6, la maggioranza della Commissione speciale sanitaria condivide la scelta che sta alla base del Messaggio governativo.

2. SITUAZIONE ATTUALE

L'art. 64a LAMal attualmente in vigore permette agli assicuratori malattia di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni agli assicurati che non pagano i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese esecutive (i cosiddetti oneri LAMal), e ciò a far tempo della richiesta di proseguimento dell'esecuzione (dopo il rigetto di un'eventuale opposizione interposta al precetto esecutivo).

Con la sospensione l'assicurato perde completamente il diritto di conteggiare a carico della propria Cassa malati.

Per scongiurare che persone sospese possano essere private di cure indispensabili, in Ticino è previsto un intervento cantonale, conformemente al Decreto Legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

In base a tale decreto il Cantone assume direttamente i costi delle cure di prima necessità, oppure rimborsa agli assicuratori i crediti scoperti (premi, partecipazioni, ecc.) in caso di assicurati minorenni o in presenza di malattie importanti o croniche.

Quest'ultima possibilità viene di regola utilizzata quando appare più vantaggioso riattivare la copertura assicurativa, versando gli arretrati, piuttosto che prendere direttamente a proprio carico elevati costi di cura.

3. LA RIFORMA DELLA LAMAL

A titolo di premessa, occorre ricordare come, dall'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal, il 1° gennaio 2006, il numero degli assicurati sospesi sia costantemente cresciuto, creando importanti difficoltà a fornitori di prestazioni confrontati con un elevato numero di fatture impagate, privando gli assicurati di cure necessarie e ponendo elevati costi a carico dei Cantoni per i loro interventi sussidiari.

In Ticino, come emerge dallo studio della SUPSI del mese di giugno 2011, il numero degli assicurati sospesi superava a fine marzo 2011 le 17'000 unità.

Nel tentativo di fare fronte a tale preoccupante fenomeno, il 19 marzo 2010 le Camere federali hanno approvato una revisione degli art. 64a e 65 LAMal, oltre a una specifica norma transitoria.

Mentre il riveduto art. 65 LAMal prevede che la riduzione di premio venga versata direttamente dai Cantoni agli assicuratori, il nuovo art. 64a LAMal, come più sopra evidenziato, sopprime l'istituto della sospensione automatica ad opera degli assicuratori, in cambio dell'assunzione dell'85% degli attestati di carenza beni da parte dei Cantoni.

A questi ultimi è data tuttavia facoltà di richiedere all'assicuratore di sospendere l'assunzione dei costi di quegli assicurati che, nonostante l'avvio della procedura di incasso forzoso, non pagano i premi, fatti salvi i casi d'urgenza medica.

Alfine di meglio comprendere la portata della revisione, si ritiene opportuno riprodurre qui di seguito il tenore del nuovo art. 64a LAMal:

art. 64a LAMal

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

²Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione. Il Cantone può esigere che l'assicuratore comunichi all'autorità cantonale competente il nome dei debitori escussi.

³L'assicuratore comunica all'autorità cantonale competente 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 equivalente. L'assicuratore chiede all'organo di revisione designato dal Cantone di confermare

l'esattezza dei dati che ha comunicato al Cantone e trasmette la conferma a quest'ultimo.

⁴Il Cantone assume l'85 per cento dei crediti oggetto della comunicazione di cui al capoverso 3.

⁵L'assicuratore conserva gli attestati di carenza di beni e i titoli equivalenti sino al pagamento integrale dei crediti in arretrato. Non appena l'assicurato ha saldato in tutto o in parte il debito verso l'assicuratore, questi restituisce al Cantone il 50 per cento dell'importo ricevuto dall'assicurato.

⁶In deroga all'articolo 7, l'assicurato in mora non può cambiare assicuratore finché non ha pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

⁷Gli assicurati che nonostante l'esecuzione non pagano i premi possono essere registrati dai Cantoni in un elenco accessibile unicamente ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone interessato. Su notificazione del Cantone, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica, e informa l'autorità cantonale competente della sospensione delle prestazioni e dell'annullamento di tale sospensione dopo il pagamento dei crediti in arretrato da parte degli assicurati.

⁸Il 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.

⁹Il 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 della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.

Per quanto riguarda le nuove disposizioni transitorie, ai Cantoni vengono offerte due possibilità: la prima consiste nel prendere a carico i premi, le partecipazioni in arretrato così come gli interessi di mora e le spese di esecuzione sino all'entrata in vigore della novella legislativa, nel qual caso l'assicuratore remunera le prestazioni precedentemente sospese.

Nel secondo caso il Cantone non assume gli arretrati sino al 31 dicembre 2011 per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza beni, con la conseguenza che la sospensione è mantenuta per il passato e le prestazioni fornite sino all'entrata in vigore della modifica legislativa non sono rimborsate dagli assicuratori.

4. L'ADEGUAMENTO DEL DIRITTO CANTONALE DI APPLICAZIONE

Con l'entrata in vigore delle nuove norme federali che comportano un evidente cambiamento di paradigma, nasce la necessità di adeguare anche il diritto cantonale.

Il Disegno di Legge oggetto del presente Rapporto andrà a sostituire gli attuali art. 5 e 20-22 LCAMal, nonché il vigente Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il Consiglio di Stato, oltre agli adattamenti "obbligatori", propone di fare uso anche delle specifiche opzioni offerte ai Cantoni dal nuovo art. 64a LAMal.

Si tratta in primo luogo di esigere che gli assicuratori malattia abbiano a comunicare all'Autorità cantonale competente il nome dei debitori escussi.

Le Casse malati saranno quindi tenute a trasmettere al Cantone i dati degli assicurati morosi già al momento dell'avvio della procedura esecutiva.

Quale ulteriore passo, il Cantone Ticino prevede di fare uso della facoltà di registrare in un apposito elenco accessibile unicamente ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone gli assicurati che nonostante l'esecuzione non pagano i premi e di richiedere agli assicuratori malattia la sospensione di tali assicurati.

Prima di inoltrare la richiesta di sospensione e di iscrivere l'assicurato nell'apposito elenco dei sospesi, con la modifica proposta dal presente Rapporto, è ora previsto che l'autorità designata dal Consiglio di Stato chieda al Comune di domicilio di accertare la situazione finanziaria del proprio cittadino, con particolare riferimento alla capacità di far fronte agli oneri oggetto di esecuzione.

Sulla base di questo accertamento l'autorità cantonale potrà stabilire se il mancato pagamento sia imputabile a cattiva volontà o a reale mancanza di mezzi.

Conseguentemente, la richiesta di sospensione sarà presentata nei casi in cui l'assicurato non paga, benché ne abbia la possibilità.

Qualora dagli accertamenti comunali dovesse poi emergere una difficoltà dell'assicurato nella gestione delle proprie finanze, l'Autorità cantonale potrà coinvolgere le Commissioni tutorie, affinché valutino l'adozione di eventuali misure di protezione.

Riassumendo, l'intero iter procedurale stabilito dal diritto federale e da quello cantonale sarebbe dunque il seguente:

- a) se l'assicurato è in ritardo con il pagamento di premi o partecipazioni l'assicuratore, dopo un sollecito scritto, deve assegnarli un termine supplementare di 30 giorni;
- b) se nonostante la diffida l'assicurato non paga, l'assicuratore dà avvio alla procedura esecutiva e comunica tale fatto alla competente Autorità cantonale;
- c) tale Autorità chiede al Comune di domicilio di accertare, entro un congruo termine, la situazione economica dell'assicurato e di comunicarne l'esito;
- d) se l'Autorità cantonale ritiene che l'assicurato dispone dei mezzi per far fronte all'onere assicurativo, chiede all'assicuratore di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni sanitarie a favore dell'assicurato moroso, salvo nei casi d'urgenza medica e lo registra in un apposito elenco degli assicurati sospesi. Non saranno oggetto di sospensione i minorenni, così come i beneficiari di prestazioni assistenziali o complementari.
- e) la competente Autorità cantonale informa l'assicurato sulle conseguenze del mancato pagamento dei crediti oggetto di esecuzione e, se del caso, coinvolge la Commissione tutoria;
- f) il Comune di domicilio potrà poi valutare ulteriori interventi sociali di prossimità, complementari rispetto a quelli delle altre Autorità.

Per quanto riguarda infine la norma transitoria, la proposta governativa prevede che il Cantone non abbia ad assumere gli arretrati per premi e partecipazioni maturati entro l'entrata in vigore della modifica legislativa federale.

Di conseguenza, la sospensione per il passato sarà mantenuta e le prestazioni fornite sino all'entrata in vigore delle nuove norme non saranno rimborsate.

5. LAVORI COMMISSIONALI

La Commissione speciale sanitaria si è occupata della trattazione del Messaggio 6534 una prima volta durante la seduta del 27 ottobre 2011.

È poi seguita la riunione straordinaria del 2 novembre 2011, nell'ambito della quale si è proceduto all'audizione del Consigliere di Stato e Direttore del DSS, Paolo Beltraminelli, del Direttore dello IAS, Carlo Marazza e del Capo dell'Ufficio contributi IAS, Siro Realini. La discussione è poi proseguita nelle sedute del 9 e del 17 novembre 2011.

La Commissione ha voluto avantutto chiarire alcuni punti fondamentali delle modifiche intervenute a livello federale.

Tramite l'audizione dei rappresentanti del DSS è stato segnatamente possibile avere conferma che, in caso di sospensione, le prestazioni d'urgenza saranno a carico degli assicuratori malattia, e non del Cantone come attualmente.

È altresì stato chiarito che anche per gli oneri LAMal maturati durante il periodo di sospensione, varrà sempre la regola della suddivisione dell'85% a carico del Cantone e del 15% a carico dell'assicurazione malattia, se la procedura esecutiva dovesse sfociare in un attestato di carenza beni.

Tale principio è stato confermato anche da una presa di posizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica nei confronti del Consiglio di Stato Ticinese, secondo cui quanto previsto dal capoverso 7 dell'art. 64a LAMal è una semplice facoltà offerta ai Cantoni, che non rimette tuttavia in discussione il sistema generale sancito dai capoversi 1-6.

Quanto al coinvolgimento dei Comuni nella valutazione dei casi riguardanti gli assicurati morosi, si è rilevato trattarsi di un compito che ha attinenza con quelli assegnati ai Comuni già dall'attuale LCAMal, in particolare per ciò che attiene a interventi di prossimità e all'adozione di eventuali provvedimenti di diritto tutorio.

La Commissione si è pure chiesta se il sistema previsto dal Messaggio, con richiesta di sospensione automatica al momento della comunicazione dell'avvio della procedura esecutiva e revoca automatica della sospensione in caso di accertata impossibilità di pagamento da parte dei Comuni, non fosse troppo rigido.

In tale ambito la Commissione si è anche chinata sulla questione di sapere se il concetto di "casi d'urgenza medica" previsto dall'art. 64a cpv. 7 LAMal coincida con quello di "cure di prima necessità" sancito dall'art. 1 del vigente Decreto legislativo, rispettivamente dall'art. 43 Reg. LCAMal.

Al riguardo è stato possibile chiarire come la nozione di "urgenza medica", essendo contemplata dal diritto federale, non possa essere modificata a livello cantonale. Dovesse in concreto verificarsi un'applicazione più restrittiva rispetto alla prassi cantonale sviluppatasi attorno al concetto di "cure di prima necessità", il Cantone potrebbe intervenire chiedendo agli assicuratori di revocare la sospensione.

Come rilevato dal Consiglio di Stato nella propria presa di posizione 9 novembre 2011 all'indirizzo della Commissione Sanitaria, quella della sospensione è una misura messa a disposizione dei Cantoni giusta l'art. 64a cpv. 7 LAMal, i quali sono comunque tenuti a far fronte all'85% dei crediti accertati da attestati di carenza beni.

In tal senso essi possono decidere autonomamente se e quando ordinare o revocare la sospensione.

Conformemente a quanto emerso in occasione della citata audizione, sarà comunque sempre il medico curante a valutare il carattere "di necessità" della prestazione sanitaria.

Proprio per tenere conto dell'esigenza di riservare all'Autorità cantonale un certo margine di apprezzamento e quindi di applicare in modo meno rigido e schematico lo strumento della sospensione, il Consiglio di Stato con risoluzione 5999 del 9 novembre 2011 ha dato il proprio nulla osta a una modifica degli art. 22g e 22l del Disegno di legge riguardanti la sospensione, segnatamente introducendo una clausola potestativa (l'Autorità può notificare all'assicuratore la sospensione...) e prevedendo, in casi eccezionali, la facoltà di revocare la sospensione.

La Commissione, come più sopra evidenziato, ha inoltre previsto che l'accertamento della situazione economica da parte del Comune avvenga prima dell'inoltro di un'eventuale richiesta di sospensione.

Queste importanti modifiche dovrebbero dunque meglio permettere di andare a **colpire le situazioni di effettivo abuso, risparmiando invece chi si trova nell'impossibilità di farsi carico degli oneri assicurativi, rispettivamente chi è bisognoso di cure di prima necessità.**

6. LE CONSIDERAZIONI DELLA COMMISSIONE

6.1 Sospensione: un'opportunità da cogliere

La facoltà riconosciuta ai Cantoni dall'art. 64a cpv. 7 LAMal di chiedere agli assicuratori la sospensione di assicurati nei confronti dei quali è stata avviata la procedura esecutiva, rappresenta indubbiamente il punto centrale delle modifiche legislative a livello cantonale. Il resto riguarda più che altro un adattamento "automatico" alle riforme federali che, condivisibili o no, il Cantone non potrà far altro che applicare e recepire nella propria legislazione di applicazione.

Dopo ampia e approfondita discussione la Commissione, a grande maggioranza, è giunta alla conclusione di approvare la proposta governativa (emendata) in merito alla facoltà di sospensione, segnatamente per i seguenti motivi:

1) Punto di partenza è e deve rimanere il fatto che l'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie è obbligatoria per legge.

Ogni cittadino residente è pertanto in dovere di pagare i premi assicurativi e le partecipazioni ai costi delle cure di cui si avvale.

In campo assicurativo vale il principio secondo cui un assicurato non ha il diritto di percepire prestazioni se non corrisponde i rispettivi premi.

Trattasi peraltro del principio sinallagmatico del "do ut des" che sta alla base di ogni rapporto contrattuale.

Venendo meno al proprio dovere di pagamento, l'assicurato moroso viola i propri obblighi legali, ribaltando oltretutto le conseguenze della sua inadempienza sugli altri assicurati (aumento dei premi) e sulla collettività (assunzione dell'85% dei crediti rimasti scoperti).

Fatti salvi i casi di comprovata assenza dei necessari mezzi finanziari, già il principio di equità impone un intervento nei confronti di chi non paga per scelta.

Benché dagli studi eseguiti dalla SUPSI siano emerse numerose situazioni di estrema precarietà, occorre considerare come con altrettanta chiarezza si siano osservate situazioni in cui non si può parlare di carenza di risorse finanziarie.

Significativo è il dato che **l'88% degli assicurati sospesi al 31 marzo 2010 non aveva diritto a prestazioni sociali ai sensi della Laps e che circa il 70% degli assicurati sospesi non beneficia dei sussidi per la riduzione dei premi** (cfr. studio SUPSI 31 marzo 2011, p. 14).

In quest'ottica, lo strumento della sospensione appare quale **valido mezzo di pressione per evitare abusi, per sensibilizzare e far sì che gli assicurati morosi rientrino nel circolo virtuoso prima che diventino insolventi.**

2) Rispetto alla situazione attuale, che accorda agli assicuratori il diritto di sospendere indiscriminatamente tutti gli assicurati morosi (comprese le fasce meno abbienti) e per tutte le prestazioni (comprese quelle d'urgenza medica), **il nuovo sistema ha il grosso pregio di mettere lo strumento della sospensione nelle mani dei Cantoni, i quali potranno farne appunto un uso ragionevole, colpendo da un lato gli abusi e mantenendo dall'altro la possibilità di conteggiare a carico delle Casse malati i costi delle prestazioni indispensabili.**

3) **In Ticino saranno già in partenza esclusi dalla sospensione i minorenni, i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI e, di fatto, i beneficiari della pubblica assistenza.**

Per gli altri assicurati la decisione sarà presa dalla competente Autorità cantonale sulla base degli accertamenti eseguiti dai Comuni in merito all'effettiva situazione economico-finanziaria.

L'adozione della forma potestativa, rispettivamente la facoltà di revocare la sospensione, **conferiranno inoltre al Cantone il necessario margine di apprezzamento** per tenere conto delle particolarità di singoli casi concreti.

La revoca della sospensione verrà in particolare utilizzata per garantire la presa a carico di cure di prima necessità e non solo di casi d'urgenza medica.

Analogamente si potrà ad esempio procedere in presenza di accordi di rateizzazione dei crediti oggetto di esecuzione.

4) Nel sistema proposto dal Messaggio governativo, quello della sospensione non è del resto l'unico strumento a disposizione per indurre chi non paga, pur avendone la possibilità, a far fronte ai propri doveri.

Parallelamente alla sospensione, che sarà accompagnata da una specifica informazione in merito alle sue conseguenze, **è infatti anche previsto un intervento di prossimità da parte dei Comuni e, se del caso, l'adozione di misure di protezione del diritto tutorio.** Vi sarà poi la procedura esecutiva promossa direttamente dagli assicuratori (per la quale il Ticino ha avviato una collaborazione con gli Uffici esecuzione e fallimenti).

Si ritiene pertanto che il complesso di queste misure dovrebbe permettere di contrastare il fenomeno degli assicurati morosi con una certa efficacia.

Privare tuttavia il sistema dello strumento della sospensione, significherebbe indubbiamente indebolirlo in modo significativo.

L'esperienza dimostra che spesso chi non paga i premi per scelta è poco disponibile a collaborare con l'Autorità e preferisce dare priorità ad altre spese, anche per non incorrere nelle conseguenze dell'inadempienza. Si preferisce così pagare la fattura del telefonino per non vedersi sospendere le comunicazioni o le rate del leasing per non perdere l'oggetto in uso.

In quest'ordine di idee, l'assenza di uno specifico mezzo di pressione, di una conseguenza tangibile e concreta del mancato pagamento dei premi, rischia di far arretrare l'obbligo contributivo in secondo piano nella scala delle priorità.

5) Come evidenziato ai precedenti considerandi, la riforma federale comporterà una sorta di amnistia, nel senso che dal prossimo anno a tutti gli assicurati sarà data la possibilità di una nuova **“partenza da zero”** sotto il profilo assicurativo.

Si tratta di un'opportunità straordinaria per far rientrare e per mantenere nel circolo regolare il maggior numero possibile di assicurati.

Affinché ciò possa avvenire è tuttavia indispensabile intervenire con la massima tempestività, oltre che in modo efficace, per **far sì che future derive possano essere subito corrette, prima che, con l'accumularsi di oneri su oneri, diventino ingestibili.**

Al riguardo è bene ricordare come, dall'avvio della procedura esecutiva al momento del pignoramento, possano trascorrere diversi mesi.

Nel caso di assicurati di modeste condizioni finanziarie, che sarebbero tuttavia in grado di pagare gli oneri LAMal, la sovrapposizione dei premi correnti con quelli non versati e accumulati durante questi mesi può facilmente causare una situazione di insolvenza, con conseguente rilascio di un attestato di carenza beni (per l'85% a carico del Cantone).

Una simile situazione potrebbe prodursi anche per il fatto che il semplice invio di un precetto esecutivo non esplica ancora particolari effetti “dolorosi” sul debitore escusso.

Solo al momento del pignoramento di una parte del proprio salario l'assicurato moroso percepisce concretamente le conseguenze del mancato pagamento dei premi assicurativi.

Ma a questo punto potrebbe essere già tardi, perché mese dopo mese gli oneri impagati sono andati accumulandosi, con conseguente impossibilità di recuperarli anche “tirando la cinghia”.

Ecco perché **appare necessario intervenire con una misura che faccia sentire subito i propri effetti (quale appunto la sospensione e l'iscrizione nell'apposita lista), già al momento dell'avvio della procedura esecutiva e non solo al termine della medesima.**

Ciò è del resto perfettamente confermato dallo studio della SUPSI, secondo cui **il 38,9% degli assicurati riammessi non era sospeso da più di due mesi.**

6) **Una sospensione unicamente al momento dell'eventuale rilascio di un attestato di carenza di beni non avrebbe senso e perderebbe qualsiasi efficacia, permetterebbe all'assicurato moroso di usufruire per lungo tempo di cure a spese dell'assicurazione con automatica ripercussione sui premi dell'anno successivo di tutti i cittadini del Cantone e priverebbe il modello delle leve di azione necessarie a contenere la spesa.**

La procedura di sospensione vuole rafforzare quella esecutiva e vuole evitare che si arrivi a situazioni di insolvenza con il rilascio di attestati di carenza di beni. Un intervento solo al quel momento sarebbe manifestamente tardivo.

7) L'utilizzo della facoltà di sospensione appare giustificato anche dall'importante quanto preoccupante **aumento dei costi a carico del Cantone**, determinato dalla sistematica presa a carico dell'85% del valore degli ACB, cui non sarà purtroppo possibile sottrarsi.

L'applicazione della nuova norma federale riguarderà un numero stimato di quasi 4'000 assicurati nel 2012.

Difficile dire quale sarà l'importo complessivo degli attestati di carenza beni generato da questo importante numero di insolventi.

Se il nuovo art. 64a LAMal fosse entrato in vigore nel 2010, l'assunzione dell'85% del valore degli ACB avrebbe comportato un **onere a carico del Cantone di ben CHF 12.3 mio** (pari all'85% della stima dell'importo annuale dei crediti sfociati in ACB di CHF 14.5 mio), contro i CHF 5.2 mio iscritti a preventivo 2011.

Importo che sarebbe destinato a esplodere senza il freno della sospensione delle prestazioni.

Motivi di **responsabilità verso le finanze dello Stato e di equità nei confronti dei cittadini co-assicurati e contribuenti**, giustificano quindi l'adozione di misure incisive, seppur dolorose, quali la sospensione e l'iscrizione nell'apposita lista.

8) L'inserimento della facoltà di sospensione nel diritto cantonale vuole infine essere un **chiaro segnale nei confronti della popolazione per sensibilizzarla e responsabilizzarla verso i propri obblighi.**

Il pagamento della Cassa malati costituisce un preciso dovere per ciascun cittadino, che non può essere trascurato per dare priorità ad altre spese.

Chi viola questo suo obbligo, scaricandone le conseguenze sugli altri cittadini, deve sapere che in futuro non avrà più diritto di beneficiare di tutte le prestazioni medico-sanitarie, ma solo di quelle indispensabili.

Vi è quindi da ritenere che la norma avrà un **importante effetto preventivo**, sia speciale sia generale.

Nei confronti del singolo assicurato che dovesse trovarsi in mora, la sospensione favorirà il **tempestivo rientro nel circolo ordinario**, prevenendo così uno stato di insolvenza.

Nei confronti della collettività, il timore della sospensione contribuirà **a prevenire già lo stato di morosità.**

Peraltro, l'effetto preventivo potrebbe rivelarsi ancora maggiore, se si considera che all'inizio del nuovo anno non vi saranno più sospesi e che chi ha già provato cosa significhi vivere con le sole cure indispensabili, verosimilmente approfitterà di questa riammissione, evitando di ricadere nella medesima situazione.

9) **Rinunciare all'attuazione dello strumento della sospensione, significherebbe perdere la straordinaria occasione di "ripartenza" e fare poco o nulla per tentare di arginare il grave fenomeno degli assicurati morosi, accettando che gli oneri di chi non paga per scelta vadano a carico degli altri assicurati (che pure già faticano ad assolvere il proprio dovere) e delle casse statali.**

Occorre agire ora. Cercare di correre ai ripari fra qualche anno, quando le situazioni saranno nuovamente degenerate sarà tardi.

Per questi motivi, pur tenendo conto di alcune criticità di cui si dirà in seguito, la Commissione ritiene che valga la pena far uso della facoltà di sospensione accordata dal diritto federale.

La Commissione reputa non di meno opportuno sottoporre il nuovo modello operativo a **monitoraggio e valutazione intermedia al termine di un primo periodo di due anni.**

In seguito sarà sempre possibile apportare eventuali correttivi che dovessero rendersi necessari.

A titolo puramente informativo si evidenzia infine come altri 9 Cantoni (LU, SZ, ZG, SO, SH, SG, GR, AG e TG) abbiano nel frattempo pure optato per la sospensione e come in altri 6 Cantoni (NW, BL, AI, VD, VS e NE) la questione sia ancora oggetto di valutazione.

6.2 Il coinvolgimento dei Comuni

L'impostazione proposta con il Messaggio governativo attribuisce ai Comuni un ruolo importante nell'ottica di prevenire l'aumento di assicurati insolventi.

Ad essi sarà infatti delegato il compito di accertare la situazione finanziaria dei propri cittadini maggiorenni nei confronti dei quali è stata avviata la procedura esecutiva e di comunicare l'esito delle valutazioni alla competente Autorità cantonale.

Grazie alla vicinanza e alla conoscenza diretta delle situazioni, i Comuni risultano infatti meglio in grado di assumere informazioni e dati aggiornati in merito alla situazione reddituale e patrimoniale delle persone interessate.

Ma **il coinvolgimento dei Comuni**, sulla scia di quanto già previsto dal vigente art. 41 Reg. LCAMal, **appare fondamentale anche per l'attivazione di interventi di prossimità.**

Grazie alla possibilità di entrare in contatto con i propri cittadini morosi, i Comuni potranno anche accertare quali siano i motivi del ritardo nei pagamenti e fornire un prezioso aiuto.

Senza necessariamente fare capo alle misure del diritto tutorio, nei casi meno gravi è a volte sufficiente rimettere un po' di ordine nella conduzione amministrativa o trovare una persona vicina all'assicurato che lo passa assistere e consigliare.

Quando le situazioni vengono affrontate tempestivamente, ovvero prima che l'ammontare degli arretrati cresca a dismisura, è anche immaginabile far capo ad aiuti comunali, per esempio nella forma di un prestito da parte del fondo sociale, da utilizzare per il rimborso degli oneri assicurativi e dunque per il ripristino della piena copertura assicurativa.

Trattasi di **interventi tesi a responsabilizzare la persona insolvente e a fare in modo che rientri stabilmente nel circolo regolare.**

In tale ottica, **la facoltà di sospensione delle prestazioni assicurative costituisce**, come accennato in precedenza, **uno strumento fondamentale per convincere gli interessati a farsi aiutare e per prevenire ricadute nello stato di morosità.**

D'altro canto il Messaggio non fornisce indicazioni particolari in ordine all'impatto che i nuovi compiti avranno sui Comuni.

La soluzione proposta è stata però discussa il 15 settembre 2011 in occasione della piattaforma di dialogo Cantone-Comuni.

Vi è poi da ritenere che se lo strumento della sospensione verrà introdotto "ab initio" del nuovo ordinamento LAMal, i casi da valutare dovrebbero giungere ai Comuni in modo graduale, dopo la ripartenza del 1° gennaio 2012, e verosimilmente una parte di tali casi sarà costituita da situazioni già note.

I Comuni verrebbero per contro a trovarsi in maggiori difficoltà qualora la facoltà di sospensione venisse introdotta solo fra qualche anno, poiché a quel momento si vedrebbero investiti di un elevato numero di casi contemporaneamente.

La Commissione ha comunque recepito le preoccupazioni dei Comuni e delle CTR e pertanto ritiene che anche tale impatto, in particolare quello dei nuovi compiti sui Comuni, dovrà essere oggetto di monitoraggio e di valutazione intermedia all'attenzione del Gran Consiglio, dopo un primo periodo di 2 anni, compresa la congruità degli indennizzi riconosciuti ai Comuni per i casi valutati e segnalati all'Autorità cantonale.

La Commissione ritiene altresì che la fase di definizione del Regolamento d'applicazione dovrà coinvolgere adeguatamente i Comuni per concordare le modalità operative più appropriate.

6.3 La lista dei sospesi

La facoltà dei Cantoni di registrare gli assicurati che, nonostante l'esecuzione, non pagano i premi in un elenco accessibile unicamente ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone interessato, è esplicitamente prevista dal capoverso 7 dell'art. 64a LAMal.

Di per sé si tratta di un logico complemento dello strumento della sospensione, poiché **permette in particolare ai fornitori di prestazioni di sapere, in modo semplice e affidabile, se la copertura assicurativa di una determinata persona è completa oppure limitata ai soli casi d'urgenza medica.**

Per tale motivo il Ticino ha fra l'altro previsto l'inserimento nell'elenco solo al momento in cui l'assicurato risulta effettivamente sospeso.

L'elenco ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal è una banca dati. Per le potenziali implicazioni che esso potrà avere per il cittadino, appare di conseguenza opportuno apportare alcune precisazioni già a livello di base legale sottoposta ad approvazione parlamentare.

Occorre anzitutto stabilire che l'autorità designata dal Consiglio di Stato avrà la responsabilità operativa della gestione della banca dati e dovrà, in particolare, curare l'informazione attiva degli assicurati registrati, informandoli non solo dell'avvenuta iscrizione, ma anche della cancellazione, non appena i motivi dell'iscrizione siano venuti meno.

La messa a disposizione delle rispettive informazioni agli aventi diritto potrà avvenire mediante una procedura di richiamo, ragione per la quale essa va esplicitata nella legge, in conformità all'art. 14 cpv. 3 della legge sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987 (LPDP), nella versione del 15 marzo 2011.

La proposta di nuova norma cantonale si limita per il resto a riprendere la formulazione del diritto federale, prevedendo che i particolari saranno disciplinati dal Regolamento: quest'ultimo dovrà quindi, segnatamente, precisare l'elenco dei dati (tipologia), le categorie degli aventi diritto all'accesso (Cantone, Comuni e fornitori di prestazioni), così come ulteriori principi e modalità.

L'elenco dei sospesi dovrà essere utilizzato secondo le finalità che esso persegue e nel rispetto del diritto alla protezione della personalità e dei dati personali.

Le finalità non potranno che essere quelle di dar seguito alle proprie incombenze legali, per quanto riguarda le Autorità, rispettivamente di permettere verifiche puntuali quo all'estensione della copertura assicurativa da parte dei fornitori di prestazioni.

In questo senso il Regolamento dovrà disciplinare in modo restrittivo le regole di accesso alla lista dei sospesi, nel rispetto delle disposizioni federali e cantonali sulla protezione dei

dati, in particolare dei principi di proporzionalità, finalità, buona fede, esattezza e attualità dei dati, come pure, beninteso, della sicurezza dei dati.

Per rafforzare questa necessità, e anche per sottolineare l'obbligo per l'autorità che gestisce la banca dati di attenersi alle regole vigenti, la Commissione propone di inserire un nuovo capoverso all'art. 22i LCAMal che riservi esplicitamente le normative generali della protezione dei dati applicabili in materia, in particolare la LPDP e i relativi principi e diritti individuali (e segnatamente il diritto di informazione, di rettifica e di cancellazione).

Per quanto riguarda l'attuazione pratica, **l'accesso all'elenco dovrà essere consentito solo in presenza di un caso concreto e solo con riferimento alla situazione di una determinata persona** (per i fornitori di prestazioni), rispettivamente con riferimento alle sole persone residenti in un determinato Comune.

Ciò per **evitare che gli aventi diritto possano esaminare l'intera lista indipendentemente da una concreta necessità.**

In particolare occorrerà determinare le regole per un accesso selettivo e protocollato alla banca dati, in conformità alle usuali regole della protezione e della sicurezza dei dati.

6.4 Monitoraggio e valutazione intermedia

lo stesso Messaggio governativo prevede la necessità di un monitoraggio dei diversi aspetti del fenomeno, in particolare con riferimento all'insolvenza, che ne permetta una valutazione periodica, tanto sotto il profilo conoscitivo quanto della pianificazione finanziaria.

La Commissione ritiene necessario tale monitoraggio, che dovrà tuttavia essere seguito da una valutazione intermedia, all'attenzione del Gran consiglio, al termine di un primo periodo di due anni.

Tale valutazione dovrà in particolare esprimersi sull'efficacia dello strumento della sospensione, eventualmente anche tramite un raffronto intercantonale, mettendo sul piatto della bilancia da un lato i costi amministrativi generati e, dall'altro, gli importi recuperati o comunque risparmiati grazie all'effetto preventivo e dissuasivo.

Oggetto di valutazione dovrà pure essere **l'impatto sui Comuni**, sia in termini di oneri aggiuntivi sia però anche in termini di situazioni regolarizzate, così come il ruolo svolto dal Cantone, dalle CTR e dagli assicuratori malattia, per prevenire, gestire e risolvere il problema degli assicurati morosi.

In tal senso, nelle norme transitorie viene aggiunto un nuovo art. 83c del seguente tenore.

“Trascorsi due anni dell'entrata in vigore della modifica del 12 dicembre 2011, il Consiglio di Stato presenta al Gran Consiglio una valutazione dell'efficacia, delle conseguenze economiche e dell'impatto sui Comuni delle misure introdotte.

La valutazione riguarda anche il ruolo svolto del Cantone, dai Comuni, dalle CTR e dagli assicuratori malattia, per prevenire, gestire e risolvere il problema degli assicurati morosi.”

6.5 Altre possibilità di intervento

La Commissione ha preso atto con interesse del contenuto dell'iniziativa parlamentare generica 18.09.2007 di Luca Pagani e Raffaele De Rosa per una trattenuta alla fonte del premio dell'assicurazione malattia obbligatoria, da applicare nei confronti di quegli assicurati che non assolvono i loro doveri di pagamento, pur avendone la possibilità.

Si tratta di un atto parlamentare inizialmente attribuito alla Commissione della gestione e delle finanze e di recente divenuto di competenza della Commissione speciale sanitaria.

Fondamentale per valutare l'opportunità dell'adozione di un simile strumento, è accertare se per una sua introduzione sia sufficiente una base legale, sia pur formale, a livello cantonale o se è per contro necessario disciplinare la materia in una base legale di livello federale.

In questo senso è stato conferito un mandato al giurista del Gran Consiglio, dott. iur. Albertini, così da poter avere una precisa presa di posizione al riguardo, che tenga conto anche del cambiamento di paradigma intervenuto con la riforma dell'art. 64a LAMal.

Fosse sufficiente una base legale a livello cantonale, allora la Commissione potrà, se lo riterrà, invitare l'Esecutivo a elaborare uno specifico e separato progetto di adeguamento della LCAMal.

Diversamente potrà al più entrare in considerazione un proposta di risoluzione all'attenzione delle Camere federali.

Per tali ragioni, vista anche l'urgenza degli adeguamenti cantonali alle nuove norme federali che entreranno in vigore già il prossimo 1° gennaio 2012, si ritiene che il contenuto dell'iniziativa non possa ancora essere preso in considerazione nell'ambito del presente Rapporto.

Un ulteriore aspetto meritevole di approfondimento è quello concernente il versamento di assegni familiari integrativi o di prima infanzia a favore di assicurati in mora con il pagamento dei premi di Cassa malati.

È noto che l'assegno di prima infanzia copre il minimo vitale dell'economia domestica fino al raggiungimento del terzo anno di età del figlio, mentre l'assegno integrativo copre il minimo vitale unicamente per il figlio.

Poiché nella quantificazione dell'importo dell'assegno si tiene conto anche dei premi di Cassa malati, vi è il rischio che se i beneficiari degli assegni non fanno fronte agli oneri assicurativi, il Cantone paghi due volte.

Una prima volta quando versa l'assegno e una seconda volta quando dovrà farsi carico dell'85% di un eventuale ACB.

Il Consiglio di Stato precisa nel Messaggio che i premi sono computati solo fino a un importo massimo - di regola inferiore al premio effettivo - e che nel conteggio si tiene conto anche della riduzione di premio.

Per gli assicurati insolventi beneficiari di AFI/API occorrerebbe pertanto chiedersi, caso per caso, quale sarebbe la porzione di assegno che andrebbe effettivamente a coprire il premio.

Considerato come i premi per i beneficiari di prestazioni complementari e per le persone in assistenza - così come del resto la riduzione dei premi - siano già oggi versati dal Cantone direttamente agli assicuratori malattia, la Commissione invita il Consiglio di Stato a valutare la possibilità di elaborare una riforma legislativa che permetta di versare (in tutto, se possibile, o in parte) anche i premi dei beneficiari di AFI/API, che dovessero venire iscritti nell'elenco dei sospesi, direttamente agli assicuratori malattia.

7. EMENDAMENTI PROPOSTI DALLA COMMISSIONE

Articolo 22e

Nel rispetto dei principi generali della protezione dei dati, in particolare di quello di proporzionalità, si è ritenuto opportuno precisare che la competente autorità è autorizzata ad accedere ai “dati personali necessari all’esecuzione dei suoi compiti”.

La formulazione aggiornata è quindi la seguente:

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, necessari all'esecuzione dei suoi compiti, 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 22g

Come evidenziato in precedenza, il Consiglio di Stato con risoluzione 5999 del 9 novembre 2011 ha formulato una proposta di modifica degli art. 22g e 22l del Disegno di legge riguardanti la sospensione, segnatamente introducendo una clausola potestativa e prevedendo, in casi eccezionali, la facoltà di revocare la sospensione stessa.

Il Regolamento dovrà definire a quali condizioni sarà possibile prescindere dalla regola della sospensione, rispettivamente in quali casi revocare una sospensione già intervenuta. A titolo esemplificativo il testo di legge emendato dalla commissione prevede che **la sospensione potrà essere evitata in caso di manifesta incapacità a far fronte all'onere assicurativo. Lo stesso potrà valere nel caso in cui lo stato di salute dell'assicurato richiede cure indispensabili che vanno al di là di quelle d'urgenza medica.**

In presenza di un accordo di rateizzazione sarà invece possibile prescindere dalla sospensione o revocarla, a dipendenza del momento in cui interviene l'accordo.

La Commissione ha pure ritenuto opportuno far precedere l'eventuale sospensione da un accertamento della situazione economica da parte del Comune di domicilio.

Quest'ultimo dovrà in sostanza eseguire “una fotografia” della situazione esistente, mentre la valutazione in merito all'effettiva capacità di pagamento (e quindi all'eventuale richiesta di sospensione) spetterà all'Autorità cantonale. In questo modo viene pure garantita la parità di trattamento fra gli assicurati.

La possibilità di richiedere comunque la sospensione, trascorso un sufficiente periodo senza risposta da parte del Comune, è stata inserita per evitare che qualche assicurato tenti di non collaborare con il Comune, così da allungare i tempi procedurali e procrastinare la sospensione.

Alla Commissione è inoltre apparso importante che sia l'Autorità comunale a svolgere l'accertamento, perché in questo modo si favorisce l'adozione di misure sociali di prossimità, complementari a quelle cantonali.

Per il resto l'art 22g emendato riprende la nuova formulazione proposta dall'Esecutivo, fatta eccezione per il primo capoverso che prevedeva, in generale, la facoltà di sospensione e che avrebbe potuto creare dei dubbi sul fatto che la stessa può essere richiesta solo dopo l'avvio della procedura esecutiva.

Questo il nuovo tenore:

¹*In caso di esecuzione ai sensi della LEF, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare 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.*

²*Prima di notificare all'assicuratore la sospensione, l'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica al Comune di domicilio i dati dell'assicurato escusso, chiedendo una verifica della situazione economica.*

³*In mancanza della risposta del Comune, entro un termine adeguato definito dal Regolamento, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare la sospensione all'assicuratore.*

⁴*In caso di manifesta incapacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato prescinde dalla richiesta di sospensione.*

⁵*La sospensione da parte dell'assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.*

⁶*Il Regolamento disciplina i particolari.*

Articolo 22i

Si tratta di un nuovo articolo proposto dal Consiglio di Stato con la risoluzione più sopra citata.

Rispetto alla formulazione dell'Esecutivo, si è ritenuto opportuno aggiungere che **l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità costituisce motivo di revoca della sospensione** e che la stessa ha effetto dalla data in cui ha avuto inizio la sospensione, "salvo diversa indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato". Ciò per tenere conto del fatto che una revoca potrebbe rivelarsi necessaria solo a partire da un determinato momento.

Si è inoltre aggiunto che il Regolamento disciplina i particolari.

Da notare che con l'inserimento di questo nuovo articolo la successione alfabetica dei seguenti articoli è modificata di conseguenza.

Esso assume la seguente formulazione:

¹*L'autorità designata dal Consiglio di Stato può, in casi eccezionali, revocare la sospensione, segnatamente per permettere l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità.*

²*L'autorità designata dal Consiglio di Stato dà comunicazione all'assicuratore, il quale procede immediatamente alla revoca della sospensione notificata all'assicurato e assume i costi delle prestazioni fornite a quest'ultimo.*

³*La revoca ha effetto dalla data in cui ha avuto inizio la sospensione, salvo diversa indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato.*

⁴*Il Regolamento disciplina i particolari.*

Articolo 22i

Come evidenziato in precedenza, questo articolo è stato completato con i necessari richiami alle norme sulla protezione dei dati.

Questo il nuovo tenore:

¹*L'autorità designata dal Consiglio di Stato gestisce una banca dati ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal (elenco), in cui registra gli assicurati sospesi, informandoli delle intervenute iscrizioni e cancellazioni.*

²*Essa aggiorna costantemente tale elenco che può essere reso accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni mediante procedura di richiamo.*

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

⁴Per la protezione e la sicurezza dei dati sono applicabili, oltre alle disposizioni del diritto federale e di questa legge, le disposizioni della legge cantonale sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987.

⁵Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22l ora 22m

Al capoverso 2 si è ritenuto opportuno precisare che l'assunzione dei crediti per i minorenni avviene "nei limiti previsti dall'art. 64a LAMal", ossia nella misura dell'85% per non dare l'impressione che tutti i crediti sfociati in ACBi vengano assunti.

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, nei limiti dell'art. 64a LAMal.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22o ora 22p

Dal capoverso 1 è stata radiata l'ultima parte "e rimborsa all'assicuratore i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti nei termini stabiliti dalla relativa legislazione".

Questa frase avrebbe potuto creare l'impressione che durante il periodo di sospensione il Cantone non deve pagare l'85% degli ACB.

Questa la formulazione emendata:

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 e cancella il nominativo dall'elenco degli assicurati sospesi.

²Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22t ora 22u

La formulazione del primo capoverso "Il Cantone, previa autorizzazione dell'autorità designata dal Cantone, comunica..." è stata modificata in "Il Cantone, su indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato, comunica...".

L'articolo avrà pertanto il seguente tenore:

¹Il Cantone, su indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato, 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 fintantoché 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.

Si fa inoltre presente che la formulazione del capoverso 2 in merito alla facoltà di tenere in sospeso il pagamento verso gli assicuratori in caso di istituzione di una misura di diritto tutorio, seppur comprensibile, rischia di essere inapplicabile a causa della forza derogatoria del diritto federale.

Articolo 25a

Anche in questo caso, il rispetto dei principi generali della protezione dei dati e in particolare quello di proporzionalità hanno reso opportuna la precisazione che possono essere trasmessi unicamente i dati "necessari all'esecuzione dei propri compiti" e solo alla "competente" autorità.

Questo il testo emendato:

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

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

Articolo 83c

Si tratta di una nuova disposizione transitoria introdotta dalla Commissione per richiedere la presentazione di una valutazione all'attenzione del Gran Consiglio al termine di un primo periodo di monitoraggio.

Il nuovo articolo proposto ha il seguente tenore:

Trascorsi due anni dell'entrata in vigore della modifica del 12 dicembre 2011, il Consiglio di Stato presenta al Gran Consiglio una valutazione dell'efficacia, delle conseguenze economiche e dell'impatto sui Comuni delle misure introdotte.

La valutazione riguarda anche il ruolo svolto del Cantone, dai Comuni, dalle CTR e dagli assicuratori malattia, per prevenire, gestire e risolvere il problema degli assicurati morosi.

8. CONCLUSIONI

In conclusione, la maggioranza della Commissione speciale sanitaria, in accoglimento del Messaggio governativo, invita ad approvare gli annessi decreti legislativi, emendati.

Per la maggioranza della Commissione speciale sanitaria:

Luca Pagani, relatore

Caprara (con riserva) - Jelmini -

Malacrida (con riserva) - Mariolini (con riserva) -

Peduzzi - Salvadè (con riserva) - Steiger (con riserva)

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;
- visto il rapporto di maggioranza 9 dicembre 2011 n. 6534R1 della Commissione speciale sanitaria,

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 al Cantone

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, necessari all'esecuzione dei suoi compiti, 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 22q (nuovo)

- A. Sospensione dell'assunzione dei costi**
- ¹In caso di esecuzione ai sensi della LEF, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare 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.

²Prima di notificare all'assicuratore la sospensione, l'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica al Comune di domicilio i dati dell'assicurato escusso, chiedendo una verifica della situazione economica.

³In mancanza della risposta del Comune, entro un termine adeguato definito dal Regolamento, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare la sospensione all'assicuratore.

⁴In caso di manifesta incapacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato prescinde dalla richiesta di sospensione.

⁵La sospensione da parte dell'assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.

⁶Il 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 gestisce una banca dati ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal (elenco), in cui registra gli assicurati sospesi, informandoli delle intervenute iscrizioni e cancellazioni.

²Essa aggiorna costantemente tale elenco che può essere reso accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni mediante procedura di richiamo.

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

⁴L'assicurato rimane registrato nell'elenco degli assicurati sospesi sino al pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti.

⁵Per la protezione e la sicurezza dei dati sono applicabili, oltre alle disposizioni del diritto federale e di questa legge, le disposizioni della legge cantonale sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987.

⁶Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22l (nuovo)

D. Revoca della sospensione

¹L'autorità designata dal Consiglio di Stato può, in casi eccezionali, revocare la sospensione, segnatamente per permettere l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità.

²L'autorità designata dal Consiglio di Stato dà comunicazione all'assicuratore, il quale procede immediatamente alla revoca della sospensione notificata all'assicurato e assume i costi delle prestazioni fornite a quest'ultimo.

³La revoca ha effetto dalla data in cui ha avuto inizio la sospensione, salvo diversa indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato.

⁴Il Regolamento disciplina i particolari.

Sezione II - Assicurati minorenni

Articolo 22m (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, nei limiti dell'art. 64a LAMal.

³Il Regolamento disciplina i particolari.

Capitolo IV - Intervento sociale (nuovo)

Articolo 22n (nuovo)

A. Comune di domicilio

¹Il Comune di domicilio accerta la situazione economica di ogni assicurato segnalato dall'autorità designata dal Consiglio di Stato, con particolare riferimento alla capacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e lo informa sulle conseguenze del mancato pagamento.

²L'assicurato è tenuto a fornire al Comune informazioni complete e veritiere sulla propria situazione economica.

³Il Comune comunica all'autorità designata dal Consiglio di Stato l'esito dell'accertamento di cui al capoverso 1.

⁴Il Regolamento disciplina i particolari.

Articolo 22o (nuovo)

B. Esito valutazione del Comune

I. Segnalazione

¹Per l'assicurato maggiorenne che 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.

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, su indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato, 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 finché 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.

Articolo 83c (nuovo)

- F. Valutazione** Trascorsi due anni dell'entrata in vigore della modifica del 12 dicembre 2011, il Consiglio di Stato presenta al Gran Consiglio una valutazione dell'efficacia, delle conseguenze economiche e dell'impatto sui Comuni delle misure introdotte.

La valutazione riguarda anche il ruolo svolto del Cantone, dai Comuni, dalle CTR e dagli assicuratori malattia, per prevenire, gestire e risolvere il problema degli assicurati morosi.

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;
- visto il rapporto di maggioranza 9 dicembre 2011 n. 6534R1 della Commissione speciale sanitaria,

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 necessari all'esecuzione dei propri compiti possono essere trasmessi all'autorità competente 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.