

Rapporto di minoranza

numero

6534 R2

Concerne

data

9 dicembre 2011

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

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

«Ben si conosce, disse don Chisciotte, che non sei pratico di avventure; quelli sono giganti, e se ne temi, fatti in disparte e mettiti in orazione mentre io vado ad entrar con essi in fiera e disugual tenzone.»

Tratto dal Don Chisciotte Della Mancia

1. L'INTRECCIO DI RAPPORTI

Oggi trovate sul vostro tavolo due rapporti: quello di maggioranza e quello di minoranza. Ambedue sono stati pensati a lungo e scritti più volte. L'attuale rapporto di maggioranza ha recepito - a suo modo - alcune delle critiche mosse dal rapporto di minoranza, in particolare per rapporto all'ordine di priorità tra accertamenti, sospensione e lista nera (punto 7.1.1. di questo rapporto) e alle cure necessarie (punto 7.3.1. di questo rapporto), tentando di tessere un compromesso accettabile dalla maggioranza dei commissari.

Se il tentativo è riuscito lo vedremo in Parlamento perché le tante "riserve" poste dai firmatari del rapporto di maggioranza lasciano qualche dubbio.

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 e questo anche per lasciare traccia dei punti di disaccordo sui quali i commissari hanno lungamente dibattuto, testimoniando di una vivacità democratica che ci consola e già ci appaga.

2. PREMESSA

L'esclusione dalle cure mediche di un numero sempre crescente di assicurati morosi, sospesi dalle prestazioni assicurative e le conseguenze finanziarie che ne sono derivate per i fornitori di prestazione e per le prestazioni assistenziali, hanno motivato il Parlamento federale a rimettere mano alla LAMal e questo ad appena 4 anni dall'adozione dell'attuale art. 64a LAMal.

Con decisione 19 marzo 2010 le Camere federali hanno approvato la modifica degli artt. 64a cpv. 1-9 e 65 cpv. 1, 2, 4bis (nuovo) LAMal. L'entrata in vigore è fissata al 1° gennaio 2012.

La revisione dell'art. 64a LAMal comporta un importante cambiamento di paradigma perché abolisce l'istituto della sospensione automatica degli assicurati morosi ma in cambio obbliga i Cantoni ad assumere l'85 per cento dei crediti (premi, partecipazioni alle prestazioni, interessi di mora, spese esecutive) per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza beni (ACB).

Per contro la modifica dell'art. 65 LAMal, che fa obbligo ai Cantoni di versare l'importo della riduzione dei premi direttamente agli assicuratori, è già prevista dal nostro ordinamento cantonale.

Il rapporto di minoranza tratterà soltanto della modifica dall'art. 64a LAMal che comporta importanti ripercussioni anche a livello cantonale.

3. IL SISTEMA VIGENTE. LA SOSPENSIONE AUTOMATICA DELLE PRESTAZIONI

Attualmente l'articolo 64a LAMal in vigore dal 1° gennaio 2006 permette alle casse malati di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni agli assicurati che non pagano gli oneri assicurativi, e questo a far tempo dalla richiesta di proseguimento dell'esecuzione (dopo il rigetto di eventuali opposizioni al precetto esecutivo).

La sospensione ha effetto finché i premi e le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente.

Durante la sospensione i costi di eventuali prestazioni mediche non sono assunti dalle casse malati.

A mitigare gli effetti escludenti del diritto federale il nostro attuale ordinamento cantonale prevede l'assunzione dei costi o dei crediti pregressi nel caso di assicurati minorenni¹; nel caso di malattie importanti e croniche e di cure di prima necessità².

L'intervento del Cantone è pure previsto per gli assicurati che beneficiano di una misura ufficiale ai sensi del diritto tutorio (curatela, tutela) e per quelli citati all'art. 47 cpv. 2 Reg. LCAMal.

4. I PRINCIPI FONDANTI ALL'INTERVENTO DEL CANTONE

A proposito del modello vigente, il **Rapporto di maggioranza** espone una **considerazione che non trova riscontro nella realtà dei fatti**.

Così recita il Rapporto (titolo 2):

«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.»

A questo punto è legittimo ribadire che la *ratio legis* è di tutt'altra natura: l'orientamento se coprire i crediti pregressi o pagare direttamente le cure non dipende dall'entità della cifra in oggetto, bensì dallo stato di salute dell'assicurato che porta a ritenere giustificato non porre barriere al libero accesso ai fornitori di prestazioni.

¹ Art. 1 del Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

² Idem

Ne fa fede il Messaggio del Consiglio di Stato n. 6275, del 6 ottobre 2009, concernente il *Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie*, che al riguardo si esprime come segue:

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

1. il Cantone rimborsa agli assicuratori malattie i crediti scoperti relativi ad assicurati minorenni con sospensione delle prestazioni dovuta al fatto che i genitori non hanno pagato il dovuto (premi e/o partecipazioni);
2. garanzia delle cure di prima necessità nei confronti degli assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal;
3. modalità di intervento nel caso di riconoscimento delle cure di prima necessità:
 - a) in via prioritaria: assunzione diretta dei costi da parte del Cantone;
 - b) in via subordinata: pagamento dei crediti scoperti che fondano la sospensione delle prestazioni (premi, partecipazioni, spese esecutive e interessi di mora) per casi clinici particolarmente gravi, ove, in ragione della precarietà dello stato di salute, si impone il mantenimento dell'accesso diretto ai diversi fornitori di prestazioni coinvolti nei processi diagnostici e terapeutici;»

Da rilevare che il modello cantonale vigente è orientato al promovimento della responsabilizzazione individuale e della prevenzione del fenomeno della morosità anche attraverso il coinvolgimento dei Comuni; e meglio come segue (*ibidem*):

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

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

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

- b) responsabilizzazione dell'assicurato con sospensione delle prestazioni LAMal nei confronti dei doveri soggettivi di legge legati sia ai pagamenti in sè, sia alla regolarità e alla tempestività dei medesimi. L'obiettivo è quello di evitare che l'intervento del Cantone si traduca in una semplice linea di credito a beneficio degli assicurati in difficoltà nei pagamenti ordinari legati alla LAMal. Pur riconoscendo come la cerchia degli assicurati toccati dalla sospensione delle prestazioni sia connotata da pronunciati problemi di ordine sociale, economico e sovente anche legati alla gestione delle incombenze ordinarie di vita, questo Consiglio di Stato resta convinto che ogni intervento da parte del Cantone non possa prescindere da una solida, ma anche rigorosa, azione di responsabilizzazione individuale. Il pagamento degli oneri legati alla LAMal, pur con tutte le difficoltà che possono manifestarsi - e ciò soprattutto a livello delle frange socioeconomiche molto modeste -, resta pur sempre un obbligo di legge;
- c) prevenzione del fenomeno nella misura del possibile e contenimento del periodo di durata della sospensione. Le ragioni di fondo sono essenzialmente le seguenti:
 - le difficoltà di rientro in forma autonoma e con mezzi propri nel circuito assicurativo ordinario. Per farlo occorre infatti aver pagato integralmente gli oneri scoperti, costituiti non solo dai premi o dalle partecipazioni LAMal, ma anche dalle spese esecutive e dagli interessi moratori (art. 64a cpv. 3 LAMal);
 - le possibilità di rientro autonomo in una situazione ordinaria sono direttamente correlate alla durata temporale del periodo in cui un assicurato si trova in sospensione di prestazioni;

- *la consapevolezza che, per le ragioni che precedono, più perdura il periodo di sospensione, il rientro autonomo nel circuito assicurativo ordinario diventa quasi impossibile, in ragione dell'accumularsi dei crediti scoperti;*
- *l'esigenza di prevenire le ricadute in situazione di sospensione da parte di assicurati che sono rientrati nel circuito ordinario con - ma anche senza - l'ausilio del Cantone. In questo caso, laddove le risorse individuali appaiono deficitarie, è indispensabile l'affiancamento della persona interessata con una figura che possa garantire il regolare pagamento futuro degli oneri legati alla LAMal. Trattandosi di una cerchia di livello socioeconomico basso, il rischio di una recidiva in fatto di sospensione delle prestazioni si rivela manifesto.*

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

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

5. IL FENOMENO DEI SOSPESI

Da gennaio 2006, data in cui è entrata in vigore la sospensione automatica delle prestazioni (l'attuale art. 64a LAMal), il numero degli assicurati sospesi e di quelli insolventi, cioè di coloro nei confronti dei quali la procedura esecutiva è sfociata in un attestato di carenza di beni, per l'intero importo dovuto, o per una parte di esso, ha continuato ad aumentare in modo importante in tutta la Svizzera (nel 2009 si stimavano in 150'000 le persone toccate da un provvedimento di sospensione)³.

In Ticino, nel corso del primo semestre del 2011, il numero degli assicurati sospesi ha superato la soglia delle 17'000 unità. Poche le riammissioni, e comunque irrilevanti di fronte all'ampiezza del fenomeno dei sospesi⁴.

La proporzione di assicurati sospesi nella popolazione maggiorenne è del 5,6%, uno su diciotto. Sono proporzionalmente più toccate dal fenomeno le persone della fascia d'età compresa tra i 25 e i 59 anni (otto sospesi su dieci appartengono a questa fascia d'età) e tra di loro i giovani adulti tra i 25 e i 34 anni (8,5%), le persone divorziate (11%), in particolare gli uomini, e gli stranieri (9,6%). La maggior parte di loro sono di condizione economica, sociale e culturale modesta, contraddistinta da grande precarietà professionale se non da conclamata povertà. La maggioranza è già indebitata⁵.

Da ultimo i sospesi, o almeno più della metà di loro, sembrano persone sane. Solo il 3.8% degli assicurati sospesi abbisogna di cure il cui costo supera CHF 2'000.-, mentre l'1.6% necessita di cure di costo superiore a CHF 5'000.-⁶.

³ Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (28 agosto 2009)

⁴ Studio SUPSI 31 marzo 2011

⁵ Studio SUPSI 31 marzo 2011

⁶ Bruno Cereghetti e Franco Denti, art. 64a LAMal tra passato e presente, marzo 2011, pag. 9

I rapporti commissionati alla SUPSI, per quanto ben fatti e dettagliati, non soddisfano tutte le domande che solleva l'ampiezza del fenomeno degli assicurati sospesi.

Rimane l'esigenza di conoscere meglio questi assicurati morosi, di capire la loro vera situazione finanziaria e i loro atteggiamenti, valori e priorità nei confronti dei loro impegni. Capire meglio dove ci sono delle falle nel sistema attuale di protezione sociale ci permetterebbe di rispondere a domande come questa: cosa nasconde la proporzione di più di un divorziato uomo su 7 tra gli assicurati morosi?

Restano in ogni caso altamente significative le conclusioni del primo Rapporto SUPSI (luglio 2009) a riguardo delle connotazioni del fenomeno e meglio (pag. 55):

Ora, i risultati delle analisi del fenomeno sin qui condotte mostrano che le persone sospese non corrispondono, in larghissima misura, al profilo degli assicurati al quale pensava il legislatore. Non si tratta d'irresponsabili che agiscono "alla leggera", senza pensare alle conseguenze del loro comportamento, bensì di persone che non hanno le risorse materiali per onorare il contratto assicurativo o che possano trovarsi in difficoltà a farlo. Di fronte a questo risultato, in merito all'articolo 64a LAMal si potrebbe addirittura parlare di provvedimento "perverso", nel senso che produce soprattutto un effetto diverso da quello scontato.

I dati riguardanti la situazione economico-finanziaria analizzati (vedi 4.2.3.2 "Reddito lordo e reddito disponibile residuale" e 4.2.3.3 "Attestati carenza beni") parlano, infatti, di ristrettezze, precarietà e povertà. Oltre ai 3869 assicurati morosi che beneficiano di una riduzione del premio e ai 1527 sospesi che beneficiano di prestazioni LAPS quali gli AFI, gli API e le USSI (vedi 4.2.2.1 "Riduzione dei premi dell'assicurazione malattie" e 4.2.2.2 "Prestazioni sociali ai sensi della LAPS"), l'analisi dei salari lordi e un calcolo sommario del reddito disponibile residuale corrispondente portano a credere che tra i sospesi ci siano altre persone che dovrebbero ricevere delle prestazioni sociali. Se fosse veramente il caso, bisognerebbe accertarsi dei motivi per cui non ne fanno richiesta. È altresì vero che tra i sospesi dovrebbero esserci molte persone che oltrepassano di poco i valori soglia d'intervento fissati nell'ambito della LAPS. Queste sono delle situazioni che, senza quell'aiuto dei servizi sociali che permette di stare a galla, possono addirittura risultare *de facto* peggiori di quelle di chi si trova sotto la soglia d'intervento. Sono situazioni in cui ogni uscita, ogni pagamento effettuato, ne preclude forzatamente altri. Si stima che nel 2008 tra i sospesi in età superiore ai 25 anni ben l'86% aveva già ACB pregressi. E questo dato appare oggi sicuramente sottostimato perché tra i restanti 14%, molto probabilmente qualche ACB sarà stato nel frattempo pronunciato o lo sarà in tempi successivi, alla fine delle procedure ancora in corso.

Per la stragrande maggioranza dei sospesi, la sospensione della copertura assicurativa non ha quindi alcun senso, anzi non fa che peggiorare la situazione di questa frangia della popolazione.

Ai fattori meramente finanziari, nella spiegazione delle cause del fenomeno bisogna poi aggiungere quelli di tipo psicologico in senso largo. Oltre alla mancanza di risorse materiali, anche la carenza di risorse personali può portare all'insolvenza. Qui si pensa innanzitutto a quelle persone che non riescono a gestirsi e ad amministrare le proprie risorse. Un indicatore di queste realtà, a detta degli esperti dell'UAM, ma anche della Divisione delle contribuzioni, potrebbe essere l'alto numero di tassazioni d'ufficio tra i sospesi (vedi 4.2.3.1 "Tassazione"). Per queste persone né la tassazione d'ufficio alla quale si applicano aliquote progressive, né la sospensione delle prestazioni assicurative costituiscono una risposta adeguata.

Un altro dato che sottolinea la componente anche socio-psichiatrica del fenomeno è costituita dal quarto dei sospesi che hanno beneficiato di CPN nel 2008 nelle strutture dell'OSC.

55

Tali conclusioni si commentano da sé e soprattutto non si prestano ad equivoci interpretativi.

6. LA RIFORMA FEDERALE IN BREVE

6.1 Un vergognoso assegno in bianco agli assicuratori malattia

La nuova versione dell'art. 64a LAMal abolisce l'istituto della sospensione automatica, togliendo alle casse malati la possibilità di escludere la copertura assicurativa agli assicurati morosi. In cambio di questa concessione la legge federale **obbliga i Cantoni a versare l'85% dei debiti arretrati** (premi, partecipazione ai costi, interessi di mora, spese esecutive) per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza beni (ACB).

La revisione della LAMal, voluta e sollecitata - anche da un'iniziativa del Cantone Ticino - per porre temine all'ingiusta esclusione dalle prestazioni dell'assicurazione malattia obbligatoria di tante persone e famiglie che non riescono a pagare gli oneri assicurativi, si è trasformata in un ulteriore assegno in bianco a favore di società private che gestiscono la nostra salute a scopo di lucro.

In pratica gli assicuratori sono chiamati ad assumersi solo il 15% dei debiti degli insolventi - oneri in ogni caso recuperati sui premi degli anni successivi - mentre l'85% è ribaltato sui Cantoni.

Inoltre la novella legislativa prevede che gli ACB rimarranno di proprietà delle Casse malati, le quali provvederanno a rimborsare al Cantone il 50% degli importi che dovessero, in futuro, recuperare dagli assicurati.

Teoricamente alle casse malati è riconosciuto il diritto di recuperare il **135%** del credito accertato dall'ACB, mentre i Cantoni dovranno accontentarsi di recuperare al massimo, se va bene, il **50%** (**il 35% è perso**).

Il legislatore federale ha giustificato la disparità di trattamento con la necessità di compensare le casse malati delle spese di incasso, anche se, aggiungiamo noi, secondo l'ordinanza federale di applicazione della LAMal, parte di queste spese sono già incluse nel credito accertato dall'ACB.

Se la nuova versione dell'art. 64a LAMal fosse entrata in vigore il 1° gennaio 2010 l'obbligo di assunzione dell'85% del valore degli ACB avrebbe comportato un onere a carico del Cantone Ticino di **CHF 12,3 mio** (Messaggio CdS pag. 3) su 14,5 mio di ACB, riducendo la perdita su debitori della casse malati all'incirca dello 0,2 % del fatturato.

Come sottolinea anche il rapporto SUPSI sugli assicurati morosi, **di fronte a questi valori si possono nutrire seri e fondati dubbi riguardo agli sforzi che saranno profusi dalle casse malati per incassare gli ACB** (rapporto SUPSI del 2009, pag. 48).

Questa affermazione è tanto più condivisibile se si tiene conto dell'impossibilità per lo Stato di controllare e di influenzare l'operato di strutture private quali sono gli assicuratori malattia.

Le stesse difficoltà che si frappongono al controllo del calcolo dei premi di cassa malati.

La novella legislativa delega il controllo delle modalità di incasso ad un organo di revisione (art. 64a cpv. 3 LAMal). Il Cantone ha la possibilità di scegliere quello esterno dell'assicuratore malattia. In tal caso i costi sono a carico della cassa malati.

Facile indovinare quale sarà la scelta dei Cantoni. Il Messaggio che qui ci occupa propone la soluzione a costo zero.

Con quali garanzie di imparzialità e neutralità non è dato sapere.

6.2 La black list e la sospensione degli assicurati morosi

Il Parlamento federale si è chinato anche sul problema dei cattivi pagatori, cioè di quegli assicurati che pur avendone i mezzi non pagano gli oneri assicurativi.

Su proposta del Consigliere nazionale Toni Bortoluzzi, il Parlamento federale ha adottato il cpv. 7 del nuovo art. 64a LAMal che introduce un modello già in vigore nel Canton Turgovia.

In pratica ai Cantoni è data facoltà di creare delle liste nere in cui inserire i nominativi dei “morosi volontari”. L’elenco è accessibile al Cantone, ai Comuni ed ai fornitori di prestazioni e in questo senso dovrebbe diventare strumento di pressione e dissuasione per quegli assicurati che pur avendone la possibilità non pagano gli oneri assicurativi.

Inoltre, per questi assicurati, il Cantone può chiedere all’assicuratore di sospendere l’assunzione dei costi delle prestazioni, tranne nel caso d’urgenza medica.

In tal caso le prestazioni assicurative sono riattivate a carico della cassa.

6.3 Una nota positiva: l’azzeramento delle sospensioni

Con l’entrata in vigore della riforma legislativa federale tutti gli assicurati - anche quelli sospesi in base all’attuale diritto - potranno nuovamente beneficiare della copertura assicurativa per le cure posteriori al 1° gennaio 2012, pur continuando a sussistere la sospensione per il passato, così come le situazioni debitorie pregresse.

Per tante persone e per tante famiglie questa “amnistia” rappresenta una premessa indispensabile per poter pareggiare i conti e ripartire da zero.

I Cantoni potranno scegliere se prendersi a carico i debiti pregressi, nel qual caso le prestazioni precedentemente sospese verranno riattivate, oppure lasciare la situazione invariata, mantenendo la sospensione sulle prestazioni fornite sino all’entrata in vigore della modifica legislativa.

Tramite il Messaggio governativo il CdS sceglie, a giusta ragione, la seconda variante.

7. IL MESSAGGIO GOVERNATIVO

Con il messaggio in esame il CdS propone l’aggiornamento della Legge cantonale di applicazione della Legge federale sull’assicurazione malattie (LCAMal).

Il disegno di legge oggetto del messaggio governativo 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 dell’assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Qui di seguito tratteremo solo quelle modifiche della legge di applicazione cantonale che ci appaiono problematiche e che hanno fatto l’oggetto di discussione e analisi all’interno della Commissione sanitaria, sul cui lavoro si rimanda al rapporto di maggioranza.

7.1 La sospensione

Con le norme cantonali di applicazione della legge federale il CdS approfitta della possibilità offerta dal nuovo art. 64a cpv. 7 LAMal e introduce la lista nera dei morosi e la sospensione delle prestazioni assicurative.

Queste misure si applicano solo ai maggiorenni ad eccezione dei beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI e delle persone in assistenza.

Se ci appare più che legittimo il tentativo di arginare il fenomeno dei morosi “volontari” , e di far rispettare i principi fondanti della LAMal, tra i quali l’obbligatorietà e la solidarietà tra gli assicurati, l’interpretazione che il CdS fa del nuovo disposto della legge federale ci sembra errata e di conseguenza ci pare pure errata la proposta di formulazione degli art. 22g e 22i LCMal.

7.1.1 La sospensione ridiventa la regola e si applica anche agli assicurati che non lo meritano

Premesso che in corso d’esame commissionale, la formulazione dell’art. 22 g LCMal è stata sostituita con una forma potestativa (risoluzione CdS 5999 del 9 novembre 2011, l’autorità **può notificare all’assicuratore la sospensione dell’assunzione dei costi ...**) nulla ha cambiato al fatto che la norma conferisce all’autorità cantonale la possibilità, ab initio, di chiedere la sospensione delle prestazioni assicurative per **tutti gli assicurati** morosi per i quali è stata avviata una procedura esecutiva.

Articolo 22g (nuova versione, proposta dal CdS)

¹*L’autorità designata dal Consiglio di Stato **può** notificare all’assicuratore la sospensione dell’assunzione dei costi delle prestazioni fornite.*

²*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.*

³*La sospensione da parte dell’assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.*

⁴*Il Regolamento disciplina i particolari.*

Una formulazione che a nostro parere è contraria alla lettera ed allo spirito della legge federale, perché sovverte il sistema, facendo tornare regola quel che invece deve rimanere eccezione, e pretende un’applicazione che travalica i margini stabiliti dal diritto federale.

Infatti, come recita il nuovo art. 64a cpv.7 LAMal, la sospensione può essere richiesta **solo** nei confronti degli assicurati che **possono** ma **non vogliono** pagare i debiti, e questi assicurati sono solo quelli **iscritti** nella lista dei morosi neglienti (art. 64a cpv. 7 LAMal).

Art. 64a LAMal

⁷*Gli 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.*

Ciò presuppone che la “negligenza” sia accertata prima di sospendere le prestazioni assicurative e non dopo come propone il messaggio.

Il Messaggio sembra confondere l’ordine di priorità sancito dalla norma federale , perché prima sospende, poi iscrive nella “black list” e poi accerta, tramite i Comuni, se l’iscrizione e la sospensione si giustificano.

Tutto al contrario di quel che prevede il diritto federale!

Nemmeno l'emendamento proposto dal nuovo messaggio di maggioranza, sembra rimediare alla mancata osservanza dell'ordine di priorità imposto dal diritto federale. Infatti i sbrigativi accertamenti richiesti ai Comuni (art. 22g cpv. 2,3) sembrano più di facciata che di sostanza, e questo già soltanto per le difficoltà -pratiche ma anche giuridiche - di simili accertamenti. Alla fine la sospensione delle prestazioni verrà applicata a tutti, senza drenare i morosi incolpevoli.

7.1.2 L'allestimento della banca dati e il ruolo dei Comuni

L'impostazione proposta con il Messaggio governativo attribuisce ai Comuni un ruolo importante nell'ambito della prevenzione della morosità.

Il coinvolgimento dei Comuni è certamente una buona idea, anzi dovrebbero essere implementati gli operatori sociali che operano sul territorio in modo che possano intervenire capillarmente e celermente per evitare l'insorgere di situazioni di insolvenza, aiutare chi si trova sommerso di debiti solo per mala gestione.

Il Messaggio del CdS va però oltre l'aspetto dell'intervento sociale e delega ai Comuni il compito di accertare se la morosità degli assicurati iscritti sulla "black list" è imputabile a cattiva volontà o a reale mancanza di mezzi. Le conclusioni di questi accertamenti serviranno all'autorità cantonale per decidere se mantenere l'iscrizione nella lista nera e la richiesta di sospensione delle prestazioni assicurative.

A nostro avviso il sistema proposto dal Messaggio oltre a prospettare tempi di accertamento troppo lunghi e pregiudizievole per chi non è moroso negligente, appare diseconomico e di difficile attuazione, soprattutto nei Comuni di una certa importanza, dove nemmeno i segretari comunali conoscono più i loro concittadini se non per sentito dire.

Il Messaggio delega ai Comuni un compito che non compete loro, oltretutto di difficile attuazione. Per sostanziare le indicazioni sull'assicurato moroso il Comune dovrebbe ricorrere alla violazione del segreto fiscale, ciò che è illegale.

«I Comuni finiranno quindi col dare delle indicazioni arbitrarie, con parametri di giudizio che potrebbero cambiare in modo importante da un Comune all'altro, violando con ciò il principio della parità di trattamento». (Bruno Cereghetti, intervista del 27.11.2011).

In ogni caso, a prescindere dalle considerazioni sopra esposte, quel che è certo è che il sistema di indagine proposto dal Messaggio è inutile.

Come si evince chiaramente dal testo dell'art. 64a cpv. 7 LAMal ma anche dai dibattiti parlamentari, è **la procedura esecutiva** che, da sola, accerta la capacità finanziaria dell'assicurato in mora. È il pignoramento o addirittura l'ACB dopo pignoramento che potrà testimoniare della capacità finanziaria dell'assicurato moroso.

“La distinction entre un débiteur qui ne peut pas et un débiteur qui ne veut pas régler les primes se trouve dans la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite. A défaut, si l'on fait autrement, il y a un risque d'arbitraire dans le traitement des personnes par un canton, mais également dans la façon d'appliquer le système entre les cantons” Didier Burkhalter, sessione del Consiglio Nazionale del 2.3.2010

(http://www.parlament.ch/ab/frameset/f/s/4813/324968/f_s_4813_324968_325002.htm)

È da quel momento e solo da quel momento che l'autorità cantonale potrà iscrivere il nominativo dell'assicurato moroso nella lista dei cattivi pagatori e chiedere la sospensione delle prestazioni assicurative.

Distanziarsi da questa regola, lo dice bene anche il Consigliere federale Burkhalter rischia di **condurci all'arbitrio**.

Includere ab initio tutti i morosi nella lista nera, in attesa degli accertamenti dei Comuni, è arbitrario. Gli assicurati morosi senza colpa rischiano di dover aspettare molto prima di vedersi liberati dalla "gogna" e intanto non potranno accedere alle cure mediche come avrebbero diritto. Questo non rientra nelle intenzioni del legislatore federale che invece chiede ai Cantoni di aspettare i risultati della procedura esecutiva.

Nemmeno il nuovo rapporto di maggioranza, riesce a salvarsi perché ancora delega ai Comuni, e non all'Ufficio esecuzioni e fallimenti, il compito di accertare le capacità finanziarie degli assicurati morosi.

7.2 Il Santo vale la candela?

L'allestimento e la gestione delle liste nere comporteranno oneri e costi burocratici importanti per il Cantone ma anche per i Comuni.

Ne vale la pena?

Quanti sono gli assicurati morosi cattivi pagatori? Nessuno sa rispondere a questa domanda, tuttavia dalle cifre degli ACB emessi senza pignoramento si può già supporre che sono una piccola minoranza rispetto ai morosi che non possono pagare⁷.

Il progetto di legge prevede che i Comuni saranno indennizzati per i lavori straordinari, ed estremamente gravosi, legati agli accertamenti di specie.

Orbene, questa nuova spesa cantonale, discendendo dalla LCAMal, rientra nel novero della spesa cantonale globale delle assicurazioni sociali, e in quanto tale sarà soggetta alla ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni.

Morale della favola: i Comuni si troveranno di fatto a dover rimborsare al Cantone, nel quadro delle operazioni perequative Cantone-Comuni, parte dei contributi a loro riconosciuti per i nuovi oneri legati agli assicurati in mora con i pagamenti LAMal.

In commissione ci si è chiesti più volte se i costi generati dalla scelta di avvalersi della possibilità prevista all'art. 64a cpv. 7 LAMal fossero adeguati o proporzionati a quel che dovrebbe "rendere" questa misura.

La risposta non è mai venuta, ma se si leggono le cifre esposte nel preventivo 2012 si deve concludere che nemmeno il CdS sembra credere molto all'efficienza delle misure proposte, tant'è che su una spesa di 7 mio di franchi (oltretutto calcolata solo su alcuni mesi dell'anno) stima il recupero di oneri pregressi ad un settimo soltanto degli esborsi.

Al riguardo è da rilevare che la quasi totalità di questi ricuperi a preventivo riguarda interventi del Cantone in anni passati.

È comunque una valutazione che doveva essere fatta prima di licenziare il Messaggio, che sembra proprio scritto e pensato troppo in fretta.

La Commissione ha cercato di rimediare a questa carenza analitica introducendo una norma transitoria che obbliga il Consiglio di Stato a presentare, tra due anni, una valutazione 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.

⁷ Rapporto SUPSI ottobre 2010 tabelle a pag. 42

Resta però il dubbio che lo strumento offerto all'art. 64a cpv. 7 LAMal è il solito specchio per le allodole che ci distrae dal vero scopo della riforma: lo scandaloso assegni in bianco a favore degli assicuratori.

Le statistiche dimostrano che malgrado la sospensione automatica delle prestazioni, già prevista dall'ordinamento giuridico ancora in vigore, **i morosi non hanno cessato di aumentare**. C'è da credere che, anche dopo l'entrata in vigore della revisione LAMal, il fenomeno non si arresterà.

Francamente dubitiamo che la novità della lista degli assicurati sospesi avrà un importante effetto decrescente sul fenomeno dei morosi. A vedere la lista dei Cantoni che non hanno fatto uso della sospensione si direbbe che questo dubbio ci accomuna: i Cantoni che hanno già detto no alla sospensione delle prestazioni rappresentano il 60% della popolazione nazionale; quelli che intendono introdurre questa misura già con effetto 1° gennaio 2012 includono il 25% della popolazione: questa proporzione è già di per sé significativa.

Altra considerazione al proposito: i Cantoni che intendono far capo in termini immediati della misura, ad eccezione del Ticino, sono tutti dell'area tedesca, dove notoriamente il fenomeno della morosità nei pagamenti degli oneri LAMal obbligatori è molto più contenuto rispetto ai Cantoni latini.

Nei Cantoni della Svizzera tedesca dove il fenomeno è per contro più diffuso (ZH, BE) si prescinde dal ricorrere allo strumento delle sospensioni.

Sicuro è però che tutti questi sospesi non potranno farsi curare, degenerando quindi il loro stato di salute, e semmai ne avessero bisogno ricorreranno alle prestazioni del pronto soccorso, che non potrà respingerli, ribaltando i costi, ancora una volta, sulle spalle del Cantone.

Quindi l'EOC dovrà preventivare perdite finanziarie generate dal costo di assicurati sospesi (nella situazione odierna questi costi sono coperti dalla garanzia legale del Cantone in fatto di cure di prima necessità).

7.3 Temi sensibili

Il sistema di sospensione delle prestazioni e le "black list" sollevano alcuni temi sensibili. Tra questi la definizione di "casi d'urgenza medica" (art. 64a cpv. 7 LAMal), la protezione dei dati e la gestione della banca dati

7.3.1 Cure d'urgenza

Con la revisione del diritto federale gli assicurati morosi sospesi su richiesta del Cantone non avranno diritto alla copertura delle cure mediche salvo nei casi d'urgenza. In tal caso le spese di cura sono a carico delle assicurazioni.

Il diritto federale stravolge il nostro sistema cantonale.

Fino ad oggi gli assicurati sospesi potevano contare sull'aiuto del Cantone nei casi in cui le cure mediche si appalesavano necessarie, come per esempio quelle connesse a malattie croniche.

La nozione di "casi d'urgenza medica" è molto più restrittiva e rischia di escludere dalle cure chi ne ha bisogno, aggravandone le condizioni di salute e quindi in definitiva anche i costi a carico del sistema sanitario.

Le perplessità espresse dalla Commissione hanno motivato il CdS a correggere la rigida impostazione delle norme cantonali di applicazione della LAMal. L'art. 22l introdotto con

risoluzione CdS 5999 del 9 novembre 2011 prevede la possibilità di revocare la sospensione dalle prestazioni assicurative in casi eccezionali.

Articolo 221 (nuova versione)

¹L'autorità designata dal Consiglio di Stato **può, in casi eccezionali**, revocare la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

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.

Questa formulazione potestativa non soddisfa e neppure soddisfa l'aggiunta proposta con il nuovo Rapporto di maggioranza che si limita ad aggiungere al **può** una frase che recita: *segnatamente per permettere l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità*" (art. 221 cpv. 1).

Resta comunque un troppo ampio potere di apprezzamento, che rischia di aprire la porta agli abusi in un senso come nell'altro.

Meglio sarebbe stato riprendere il sistema attuale tanto più che il Cantone non era obbligato ad appiattirsi sulla soluzione federale. Infatti per la novella legislativa federale la competenza di decidere le condizioni di revoca della sospensione delle prestazioni assicurative spetta esclusivamente ai Cantoni.

7.3.2 Protezione dei dati

La Commissione si è chiesta chi avrà accesso e con quali modalità alla lista nera dei cattivi clienti delle casse malati.

Non trovando risposta nelle norme di applicazione cantonali la Commissione ha elaborato un progetto normativo proposto con l'emendamento degli art. 22e e 22i della LCMal che richiamano esplicitamente le normative generali della protezione dei dati, e limitano il diritto di accedere alla banca dati.

Pur apprezzando il lavoro del relatore del rapporto di maggioranza e del giurista Michele Albertini che hanno suggerito la formulazione dell'emendamento, il rapporto di minoranza non condivide la fretta di decidere subito l'entrata in vigore di norme che devono essere concordate anche con altri Cantoni.

Proprio per questo il Governo Grigionese ha deciso di sospendere e posticipare l'entrata in vigore delle norme relative alla lista nera e alla sospensione dei morosi.

Secondo l'Esecutivo grigionese *"Le disposizioni legislative relative agli assicurati morosi potranno essere poste in vigore soltanto in un secondo momento [...]. Lo sviluppo dell'elenco è molto complesso, devono ad esempio essere garantiti l'attualità dei dati e la protezione dei pazienti. Si prevede di permettere un accesso sicuro all'elenco tramite la homepage dell'IAS. Una simile soluzione tecnica non può però essere realizzata per il 1° gennaio 2012. Siccome probabilmente in futuro diversi Cantoni gestiranno una lista nera di assicurati morosi, si sta tra l'altro lavorando anche a una soluzione comune, che sarà tuttavia pronta al più presto per il 2013"*.

Il rapporto di minoranza condivide la scelta del Canton Grigioni (via che intendono seguire anche SG e SZ). Non ci sono ragioni cogenti alla fretta del Cantone Ticino!

8. GLI EFFETTI DISINCENTIVANTI DELLA SOSPENSIONE

Il Messaggio del Consiglio di Stato n. 6275, del 6 ottobre 2009, concernente il *Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie*, così delinea la situazione debitoria degli assicurati attualmente in sospensione di prestazioni LAMal.

ASSICURATI SOSPESI LAMal CON ACB						
	N° ACB pro capite	% ACB LAMal	% ACB imposte	% ACB LAMal + imposte	scoperto medio pro capite (CHF)	valore medio per ACB (CHF)
TOTALE	49.3	25.4%	27.8%	53.2%	106'042.06	2'149.50

E nei dettagli così si esprimeva il Consiglio di Stato:

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

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

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

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

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

- che la popolazione toccata da sospensione delle prestazioni LAMal per mancato pagamento degli oneri obbligatori ordinari è connotata da un forte indebitamento generale, determinato dagli ACB già spiccati, ma anche dalle procedure di esecuzione ancora in corso per la quasi totalità dei casi;
- le difficoltà, per non dire l'impossibilità, di un rientro in via autonoma nel circuito assicurativo ordinario.

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

Lo stato di indebitamento attuale, gli scoperti che verosimilmente esistono ma che non sono ancora sfociati in ACB perché la fase di procedura esecutiva è ancora in atto, così come la

propensione all'indebitamento - dopo i primi ACB si entra facilmente in una spirale perversa di indebitamento cronico e progressivo in ragione della caduta dei freni inibitori "naturali" -, portano a concludere come questa popolazione:

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

A fronte di uno scenario di similare valenza sociale ed economico-sociale, legittimo chiedersi quale fattore deterrente abbia un'ingiunzione di sospensione delle prestazioni, con conseguente iscrizione in una lista di sospesi, intimata dal Cantone nel nuovo regime dell'art. 64a LAMal.

Già in queste situazioni né il precetto esecutivo, né le conseguenti azioni di pignoramento, hanno costituito un deterrente tale da portare ad un freno della morosità.

9. ATTENZIONE ALL'INTERPRETAZIONE DEI DATI STATISTICI

Il **rapporto di maggioranza** riprende alcune considerazioni dello studio SUPSI a riguardo dello stato economico dell'assicurato sospeso; e meglio:

«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 circa il 70% degli assicurati sospesi non beneficia dei sussidi per la riduzione dei premi (cfr. studio SUPSI 31 marzo 2011, p. 14)».

L'accezione che vien data è che circa il 70% degli assicurati sospesi avrebbe i mezzi per pagare i premi in quanto non beneficia dei sussidi.

Tale interpretazione è errata e fuorviante.

Intanto si osserva che in questo 70% sono compresi anche gli assicurati di condizioni economiche precarie che non hanno fatto richiesta di sussidi per ignoranza del sistema o per incuria nella gestione delle incombenze quotidiane di vita.

Inoltre occorre rilevare che il 34.8% degli assicurati sospesi è oggetto di tassazione d'ufficio, con redditi "punitivi", per omissione di compilazione della tassazione e il 9.8% non ha tassazioni, come si evince dal Messaggio n. 6138 del 4 novembre 2008, che al riguardo così si esprime:

«Sui processi di tassazione

Queste le risultanze riscontrate:

tassazione ordinaria: 55.4%;

tassazione d'ufficio: 34.8%;

senza tassazione: 9.8%.

Già questi dati appaiono significativi per l'analisi sociale della popolazione degli assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal.

Spicca infatti l'alta percentuale di persone tassate d'ufficio (34.8%), ma anche senza tassazione (9.8%); per un totale del 44.6%.

L'indicatore sociale che emana da un'assenza di tassazione ordinaria è anche quello di disguidi nell'amministrazione personale, dovuti verosimilmente a noncuranza, ma anche a marcate carenze, nella gestione ordinaria delle incombenze correnti di vita.»

L'anomalia di certi dati economici è stata analizzata nel medesimo Messaggio n. 6138 con le considerazioni seguenti:

«Sulle risultanze finanziarie: premessa

Il capitolo seguente entrerà nei particolari delle risultanze finanziarie.

Sono evidenziati due gruppi di indicatori specifici:

a) il primo di carattere puramente calcolatorio, nel senso che riporta i dati grezzi che scaturiscono da tutti i casi analizzati (criterio: 100%) di persone con tassazione ordinaria.

Pur evidenziando valori medi modesti, tuttavia lo scostamento dalla realtà socioeconomica fattuale potrebbe in questo caso essere dato da parametri individuali anche elevati di alcune tassazioni, che non possono oggettivamente essere ritenuti come uno specchio fedefacente della casistica in oggetto, soprattutto per le ragioni seguenti:

- se si tratta di dati reali, la persona si trova incidentalmente nella categoria degli assicurati con sospensione delle prestazioni e vi resterà per poco: in sede di procedura di incasso forzato l'assicuratore ricupererà integralmente i crediti scoperti, ciò che di fatto porterà alla reintegrazione nel circuito assicurativo ordinario;

- oppure si tratta di dati fiscali che non rispecchiano più la situazione fattuale; ossia dati: lontani nel tempo, antecedenti un divorzio, una cessazione di attività, un crack personale, oppure contraddistinti da altri fattori importanti per cui i valori riportati dal fisco non si attagliano più alla realtà;

b) il secondo di carattere ponderato. Per evitare le distorsioni di cui alla lett. a), che non consentono una lettura compiuta del fenomeno, il secondo indicatore seleziona l'85%, rispettivamente il 75%, dei casi analizzati. Con questo procedimento:

- si escludono i dati fiscali non più attuali in rapporto alle condizioni economiche più recenti della persona interessata;

- il segmento considerato (85%, rispettivamente 75%, dell'universo) è in ogni caso altamente significativo per una visione realistica del fenomeno».

Come si può evincere, non è legittimo tracciare un parallelismo puro “mancato accesso ai sussidi” uguale a “disponibilità finanziaria certa”, oppure “assenza di indigenza economica”.

Il mondo degli assicurati morosi nel settore dell'assicurazione malattie è estremamente variegato, ma in ogni caso sempre contraddistinto da una precarietà sociale, o economico-sociale, marcata.

Il secondo Rapporto SUPSI (marzo 2011) ritorna sull'argomento, ponendo la questione sull'adeguatezza dei limiti di reddito per la riduzione dei premi LAMal in relazione con il fenomeno degli assicurati in mora; e lo fa in questi termini chiari ed evidenti, che non si prestano ad interpretazioni di diversa natura (pagg. 14-15):

L'analisi del reddito determinante per stabilire il diritto al sussidio ha invece permesso di verificare che il 60% circa di assicurati sospesi che non richiedono una riduzione dei premi di assicurazione malattie (RIPAM) non ne avrebbe comunque diritto. Questo risultato porta a interrogarsi sull'adeguatezza delle soglie del reddito determinante che danno diritto a una riduzione del premio, come pure sull'entità della riduzione stessa, prima ancora che ad interrogarsi sul senso civico degli assicurati sospesi che non ne hanno diritto (Egloff, 2010, pp. 38-40; 47).

Da rilevare, al proposito, che la recente decisione di questo GranConsiglio di adeguare al ribasso il coefficiente cantonale di finanziamento delle riduzioni di premio LAMal (dal 78.5% al 73.5%), comporterà un ulteriore assottigliamento degli importi individuali all'assicurato di condizioni economiche modeste.

A quanto sopra si aggiunge un'ulteriore considerazione, di tutto rilievo sia sulle dimensioni della progressione del fenomeno, sia sulle conseguenze che ricadranno sulle finanze cantonali.

La sospensione di prestazioni, decretata non più dagli assicuratori malattie come oggi, ma dal Cantone, spingerà il sospeso a non più pagare i premi correnti.

Non potendo comunque beneficiare delle prestazioni LAMal in ragione della sospensione, e non avendo i mezzi per coprire *motu proprio* i debiti pregressi in ragione della precaria situazione finanziaria ben descritta dal Messaggio n. 6275 del Consiglio di Stato, l'incentivo alla ripresa dei pagamenti crolla.

Da cui il paradosso che la lista di sospensione, in luogo di arginare il fenomeno, accresce la voragine degli scoperti per dimissione, o desistenza, nei pagamenti correnti, che, a mente dell'interessato, diventano "pagamenti infruttuosi", con l'aggravante sui bilanci dello Stato in ragione dell'onere dell'85% sugli ACB.

10. CONCLUSIONI

Il sistema sanitario è un pozzo senza fondo!

Il problema non sono gli assicurati morosi su cui ruota tutto il disegno di legge cantonale.

Questo fenomeno, limitato forse a 4000 assicurati⁸, è solo il dito che nasconde la luna.

La luna che non si è voluto vedere è la voracità degli assicuratori malattia.

Per la Commissione sanitaria, ma anche per questo parlamento, è impossibile cucire un vestito normativo decente su una revisione assolutamente indecente.

La voracità del sistema sanitario sta minando il nostro stato sociale.

Sono sempre di meno le persone e le famiglie che riescono a pagare i premi di cassa malati e la partecipazione alle prestazioni medico-sanitarie senza l'aiuto dello Stato.

Un recente sondaggio, pubblicato dall'UFSP rileva che nel corso dell'ultimo anno, il 18 per cento degli interpellati svizzeri (quasi uno su cinque), ha rinunciato a medicinali prescritti, a visite mediche e/o a sottoporsi a test, trattamenti e a ulteriori esami perché non poteva pagarli. È un dato preoccupante che mette in crisi il diritto alle cure mediche di base.

L'iniezione di fondi pubblici nelle casse degli assicuratori malattia aumenta di anno in anno. Ad ogni modifica della LAMal corrisponde un nuovo onere per i Cantoni, sempre accompagnato dalla promessa, mai mantenuta, di una diminuzione dei premi.

Con il 1° gennaio 2012 entrerà in vigore il nuovo sistema di finanziamento delle cliniche private con un maggior onere per lo Stato del Cantone Ticino di 85 mio.

A questo maggior onere si aggiungeranno ora anche quelli connessi alla revisione dell'art. 64a LAMal.

Lo studio SUPSI riferisce che se la revisione dell'art. 64a LAMal fosse già entrata in vigore nel 2010 il Cantone avrebbe dovuto versare alle casse malati un importo di 12.5 mio. Questa cifra si sarebbe aggiunta ai 256,5 mio già spesi dallo Stato per la riduzione dei premi nel corso del 2010 sotto forma di riduzione ordinaria dei premi (CHF 146 mio) e per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI (CHF 110.5 mio) con un importo complessivo della spesa in favore degli assicuratori di CHF 268.8 mio.

Il Cantone si farebbe così carico di circa **un quarto del fatturato annuale delle casse malattia.**

In cambio i Ticinesi non hanno ottenuto nulla e nulla otterranno!

⁸ Rapporto SUPSI del 31 marzo 2011

Anche le attese riduzioni dei premi malattia per il 2012, che il Cantone stimava in almeno 3.5%, non si sono avverate.

Per contro sono aumentate le riserve accumulate in Ticino (eccedenza di 207 mio per il 2010) e trasferite altrove. La nuova Legge sulla vigilanza sulle Casse malati - ora in consultazione - ci ritornerà solo le briciole.

L'avvio della compensazione non avverrebbe prima del 2013 e al Ticino spetterebbero solo 114 mio di ristorno dei premi pagati in eccesso (CdT, martedì 8 novembre 2011); sicuramente meno della metà di quel ci spetta, considerato l'incremento di eccedenze di riserve che si registrerà anche per gli anni 2011 e 2012 in ragione di premi palesemente sopravvalutati rispetto al bisogno reale in fatto di finanziamento del sistema assicurativo-sanitario cantonale.

A fronte di questi scenari di spesa la proposta del Messaggio, che si concentra solo su provvedimenti sanzionatori, come la lista nera e la sospensione delle prestazioni assicurative ci appare come un atto di complicità inutile con una riforma antisociale.

Inutile perché anche se iscritto nella lista nera è sospeso dalle prestazioni di cassa malati, l'assicurato moroso in carenza beni farà scattare comunque l'obbligo per il Cantone di pagare l'85% dell'ACB alle casse malati.

Inoltre c'è da chiedersi dove sarebbe l'effetto deterrente della sospensione gestita in questo modo. Finché il sospeso che si ritiene non paghi "per scelta" è sano, continuerà a non pagare. Dovesse ammalarsi seriamente, bisognerà curarlo comunque perché non si può costituzionalmente fare altrimenti. L'effetto deterrente nei confronti di chi potrebbe pagare è dato semmai dal pignoramento, ma non dalla sospensione della copertura assicurativa.

La "black list" comporterà oneri e costi burocratici importanti sia per il Cantone che per i Comuni. E questo proprio in tempi di crisi come quelli che stiamo vivendo.

I soldi spesi per le liste nere potrebbero essere investiti più utilmente in vere misure sociali di prevenzione e di intervento diretto per incentivare al pagamento degli oneri LAMal, così come nel monitoraggio del fenomeno.

Per l'entrata in vigore della legge di applicazione c'è ancora un ampio margine dopo il 1° gennaio 2012. Infatti con il 1° gennaio i sospesi attuali verranno reintegrati nella copertura. Dunque, passeranno ancora mesi prima che si ponga il problema di persone diventate nuovamente morose; e questo in ragione dei procedimenti di diffida che devono precedere le misure di incasso forzato.

Intanto, c'è il tempo per chiederci se vogliamo accettare la modifica federale, e c'è il tempo per il Cantone Ticino di farsi promotore di una iniziativa volta a modificare l'art. 64a LAMal. C'è anche il tempo di studiare meglio le misure sociali e di accompagnamento per chi non paga gli oneri assicurativi.

In conclusione: **si all'esigenza di eliminare il fenomeno dei "cattivi pagatori" ma attraverso misure incisive di valenza sociale e aventi carattere di prossimità**, sia di tipo preventivo che di responsabilizzazione individuale, senza ricorrere agli strumenti proposti dal Messaggio che, come si è detto, non solo rischiano di costare più di quel che rendono ma aprono la strada allo smantellamento di un diritto costituzionale qual è quello dell'accesso alle prestazioni medico-sanitarie fondamentali, in quanto necessarie.

A partire da queste considerazioni, è indicato di studiare e mettere a punto un modello sociale di intervento proattivo e responsabilizzante nell'ottica del nuovo diritto federale.



Per tutte le ragioni sopra espresse i sottoscritti commissari **invitano il Gran Consiglio a respingere** le proposte contenute nel Massaggio governativo n. 6534.

Per la minoranza della Commissione speciale sanitaria:

Michela Delcò Petralli, relatrice
Cereghetti - Del Don