

Rapporto di minoranza

numero	data	Dipartimento
5810 R2	11 dicembre 2006	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

**della Commissione della gestione e delle finanze
sul messaggio 5 luglio 2006 concernente la modifica della legge
cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione contro
le malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), riguardante gli assicurati con
sospensione di prestazioni LAMal**

1. DALLA SITUAZIONE ATTUALE ALLA MODIFICA FEDERALE

La proposta di modifica della presa a carico degli oneri finanziari relativi agli assicurati insolventi contenuta nel Messaggio del Consiglio di Stato è fondata sul passaggio dal rimborso dei crediti scoperti agli assicuratori malattia in situazioni di Attestato carenza beni (ACB) al rimborso dei fornitori di prestazioni e in casi particolari al rimborso dei crediti scoperti all'assicuratore malattia. Finora infatti la Legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LCAMal) contempla la presa a carico da parte del Cantone dei crediti scoperti per gli assicurati insolventi a cui è stato rilasciato un ACB (art. 20 e 22 LCAMal), al fine di evitare la sospensione assicurativa in caso di insolvenza dell'assicurato. Questo dispositivo ha permesso di limitare l'intervento dell'assistenza sociale.

A seguito della modifica della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del 1° gennaio 2006, con l'introduzione del nuovo art. 64a, se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi, l'assicuratore può sospendere l'assunzione delle prestazioni finché non sono stati pagati integralmente tutti gli oneri scoperti (interessi di mora e spese esecutive comprese). Sostanzialmente ciò significa che, rispetto alla situazione finora vigente in Ticino, la sospensione della remunerazione delle prestazioni da parte degli assicurati è autorizzata dal diritto federale già al momento dell'avvio di una procedura d'incasso forzato e non solo dopo aver ottenuto un ACB. Inoltre l'ordinanza che fa seguito a questa modifica della legislazione federale introduce pure la possibilità per gli assicuratori di procedere alla compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato.

A complemento va ricordato che a partire dal 1° gennaio 2005 il Consiglio di Stato aveva introdotto una modifica del regolamento della LCAMal riducendo il periodo di presa a carico sulla base dell'ACB a 5 anni (modifica dell'art. 85 e segg. della LCAMal)

Per adeguarsi al diritto federale, il Consiglio di Stato ha quindi proposto la modifica della legge cantonale oggi in discussione. Di fatto la Confederazione non ha voluto affrontare a livello nazionale il problema degli assicurati insolventi, scaricando sui Cantoni l'onere di trovare una soluzione ad un fenomeno in espansione.

2. ASSICURATI INSOLVENTI: DATI E SITUAZIONI IN TICINO

Come detto la modifica legislativa riguarda i cosiddetti assicurati insolventi, ossia coloro che, seppur talvolta anche in condizioni economiche tali da potersi pagare l'assicurazione malattia, non pagano i premi cassa malati. Le ragioni di questi mancati pagamenti sono diverse e allarmanti e nella maggioranza dei casi non possono essere ricondotte alla cattiva volontà o alla ricerca di espedienti per non adempiere ai loro obblighi. Si tratta infatti spesso di persone con situazioni di bisogno, dovute a gravi situazioni di disagio sociale e psichico (tossicodipendenze, dipendenze da gioco d'azzardo, alcolismo, ecc.) o situazioni amministrative insostenibili (mal gestione finanziaria) per i quali, se la sospensione delle cure dovesse avvenire prima che sia instaurata una misura tutoria, si potrebbero avere delle gravi conseguenze sulla salute.

Con la legislazione finora in vigore a livello cantonale, ossia la presa a carico da parte del Cantone dei crediti scoperti per quelle persone a cui è stato rilasciato un attestato carenza beni, si è evitato un vuoto di copertura assicurativa LAMal che in alcuni casi e per persone affette da determinate patologie può essere assai grave. È significativo al proposito quanto avvenuto nel Canton Ginevra la scorsa primavera, con almeno tre persone affette da AIDS che non avrebbero più avuto accesso alle cure medicamentose.

Il fenomeno degli assicurati insolventi è in aumento e va quindi affrontato. Da un lato ci sono sicuramente degli abusi con assicurati che evitano di pagare premi e partecipazioni pur potendolo fare. Questi vanno sicuramente ricercati e combattuti. Ma come detto nella maggioranza dei casi le ragioni sono di ordine socio-sanitario e per queste ultime bisogna trovare risposte adeguate. In proposito le cifre forniteci dai servizi competenti sono impressionanti.

Al 21 settembre 2006 sono stati registrati 3268 assicurati a cui sono state sospese le prestazioni, di cui 2296 risultano sospesi in forza dell'art. 64a LAMal e 972 sospesi ai sensi dell'art. 85 del regolamento della LCAMal (per i quali sono passati i 5 anni di periodo massimo di presa a carico). Si stima che a fine anno gli assicurati ai quali saranno sospese le prestazioni saranno circa 6000.

Nell'ambito degli approfondimenti del Messaggio in questione, la Commissione della gestione e delle finanze aveva chiesto al Consiglio di Stato la casistica degli assicurati insolventi, tenendo presente anche la loro situazione economica. Nella sua risposta l'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) ha rilevato che fino al 31.1.2005 "tutti gli assicurati insolventi sono dichiarati tali in forza di uno o più ACB rilasciati dall'Ufficio esecuzione fallimenti (UEF), previo esame della situazione economica individuale del momento. Laddove esistono gli estremi - per esempio un salario corrente superiore al minimo esistenziale ai sensi dei criteri definiti dalla Legge esecuzione fallimenti - l'UEF procede a pignoramenti. Solo nei casi dove non ci sono elementi pignorabili viene dichiarata la carenza di beni". Sempre nella sua risposta l'IAS evidenzia che i dati fiscali degli assicurati toccati dall'ACB sono scarsamente significativi quanto alla situazione economica del momento" [...] "in parecchi casi si tratta di tassazioni d'ufficio, con importi di reddito imponibile molto - o assai - elevati a scopo di sanzionare per la mancata compilazione delle dichiarazioni fiscali."

Ciò nonostante l'IAS ha effettuato una prova a caso su 150 pratiche, prova dalla quale risultano i seguenti dati:

- tassazione:
 - senza tassazione 13%
 - tassazione d'ufficio 39%
 - tassazione ordinaria 48%
- reddito fiscale (imponibile)
 - media persone sole CHF 14250
 - media famiglie CHF 23341

3. LE POSSIBILI VARIANTI NELLA LEGISLAZIONE CANTONALE

a) La proposta del Governo

L'attuale normativa cantonale sugli assicurati insolventi viene sostituita con una soluzione che prevede la garanzia delle cure in caso di prima necessità o tramite l'assunzione delle cure prestate da parte del Cantone o tramite il rimborso all'assicuratore dei premi scoperti nei casi in cui si prevedono terapie prolungate e costose. Per gli assicurati minorenni resta invece in vigore il sistema attuale di rimborso integrale per i premi non pagati dai genitori. Nella proposta del CdS le cure di prima necessità devono venir prestate dalle strutture sanitarie pubbliche, in particolar modo i loro pronto soccorsi.

Questa proposta cerca di coniugare la necessità di responsabilizzare maggiormente gli assicurati, evitando nel contempo situazioni drammatiche. Riconosce inoltre la missione di salute pubblica dell'Ente ospedaliero cantonale. Si crea però una sorta di doppio binario tra "garanzia delle cure di prima necessità " e rimborso dei premi scoperti nei casi in cui si prevedono terapie prolungate e continue " di difficile valutazione. E' infatti lecito chiedersi dove verrà fissato il limite per le cure di prima necessità (una gamba rotta è una cura di prima necessità? E se può essere operata nei giorni seguenti?) Una mancanza di chiarezza che arrischia di essere comunque molto costosa.

b) La proposta della maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze

La maggioranza della Commissione prevede una modifica dell'art. 20 proposto dal CdS nel suo messaggio con l'obiettivo di parificare tutti i fornitori di prestazione LAMal, introducendo un importo soglia, al di sotto del quale non vi è mai un riconoscimento del costo delle prestazioni. In sostanza si tratta di una franchigia per i fornitori di prestazione, fissata arbitrariamente a franchi 1500.-. La maggioranza prevede inoltre un'applicazione particolarmente restrittiva dei rimborsi all'assicuratore malattia dei crediti scoperti. Si ha chiaramente l'impressione che quanto proposto dalla maggioranza abbia come unico vero obiettivo quello di ridurre i costi assunti dallo Stato, invece di garantire le cure sanitarie a chi ne ha effettivamente bisogno. Pur comprendendo la necessità di estendere la possibilità del riconoscimento delle prestazioni medico-sanitarie anche ai fornitori di prestazioni privati, la proposta della maggioranza di fatto non riconosce la missione pubblica degli ospedali pubblici.

In questo senso si poteva cercare all'interno della Commissione un'altra soluzione che avrebbe permesso di ottenere un più ampio consenso, nel senso di riconoscere ad EOC e OSC l'assunzione dei costi da parte del Cantone per le cure di prima necessità e di estendere il riconoscimento ad altri istituti inseriti nella pianificazione ospedaliera o a medici privati solo in caso di motivi di ordine medico. Non sarebbe stata nemmeno quest'ultima una soluzione ottimale (anche perché avrebbe generato ulteriori costi amministrativi per valutare i motivi di ordine medico), ma oltre a una maggiore garanzia verso il paziente sospeso, avrebbe permesso di riconoscere la missione pubblica dell'EOC e dell'OSC, pur ammettendo la necessità che anche altri fornitori di prestazione devono intervenire in situazioni di urgenza o prima necessità.

La variante infine proposta dalla maggioranza commissionale non entra poi nel merito di aspetti tutt'altro che secondari, quali ad esempio l'impossibilità di garantire l'effettivo accesso ai medicinali, anche quando sono connessi alle cure di prima necessità, e quindi possono risultare vitali (ad esempio le terapie contro l'AIDS, i medicinali oncologici, l'insulina a pazienti con diabete, ecc.).

Di fatto ci si è trovati nell'impossibilità di individuare all'interno della Commissione una soluzione di compromesso che tenesse conto sia delle osservazioni formulate durante la procedura di consultazione e dai gruppi parlamentari tendenti a riconoscere pure le prestazioni fornite da servizi privati, ma ammettendo la missione di salute pubblica dell'EOC, sia la necessità di dare comunque seguito a uno dei capisaldi della LAMal ossia l'obbligatorietà a carattere universale dell'assicurazione malattia.

4. CONCLUSIONI: IL MANTENIMENTO DELLA SITUAZIONE ATTUALE

Alla luce delle considerazioni finora espresse, i firmatari del rapporto ritengono che la situazione attualmente in vigore in Ticino, ossia il rimborso dei crediti scoperti agli assicuratori malattia in situazioni di Attestato Carenza Beni, permette di garantire al meglio la presa a carico medico-sanitaria delle persone nel bisogno sulla base di verifiche scrupolose della loro situazione economica. Altri Cantoni (Vaud, Vallese, Giura e Friburgo) hanno mantenuto nella loro legislazione la presa a carico da parte del Cantone dei crediti scoperti per gli assicurati insolventi a cui è stato rilasciato un attestato carenza beni anche dopo la modifica dell'art. 64a della LAMal. I costi di questa misura - come d'altronde quelli previsti con le misure proposte sia nel messaggio sia nel rapporto di maggioranza - sono difficilmente quantificabili. Ma nel caso di mantenimento della situazione attuale si può immaginare che essi siano nell'ordine dei 11,6 milioni inseriti nel preventivo 2007.

Bisogna in particolare evitare il paradosso secondo cui lo Stato paga i premi correnti per certune categorie di assicurati (assistenza, PC), ma che, richiamandosi al diritto federale, gli assicuratori possono sospendere le prestazioni per crediti scoperti relativi a periodi precedenti. In questi casi, pur con le verifiche necessarie e puntuali da parte dell'amministrazione, i crediti scoperti di periodi precedenti devono essere presi a carico, per evitare che anche in caso di pagamento regolare dei premi correnti, all'assicurato restino bloccate le prestazioni.

In ogni caso dovrà essere prevista un'analisi dei singoli casi in cui i premi non sono pagati direttamente dagli interessati. In questo senso dovranno essere coinvolti anche i Comuni, affinché procedano, a seconda dei casi, alle opportune misure di tutela o curatela verso gli inadempienti, che, come già rilevato, nella maggior parte dei casi sono persone incapaci di gestire convenientemente le incombenze primarie, e quotidiane, di vita.

L'obiettivo è quello, legittimo, di introdurre anche per questi casi il pagamento diretto da parte dello Stato dei premi e delle partecipazioni obbligatori.

In questo modo, nel futuro, l'onere finanziario dello Stato si ridurrà progressivamente.

Ma soprattutto sarà nel contempo raggiunto l'obiettivo civile e sociale che nessuno resterà senza le cure di base definite dalla LAMal.

Per le persone che sono sospese e che hanno bisogno di cure, ma non hanno ancora l'attestato di carenza di beni, non bisogna procedere a modifiche legislative particolari. Qui le cure devono essere date in base al principio costituzionale di aiuto in caso di bisogno. L'EOC e l'OSC hanno già, come missione pubblica, quella dell'intervento per tutti i casi, senza esclusione alcuna. Le persone che poi ottengono l'attestato di carenza di beni rientreranno nella casistica di legge e verranno trattati come qui indicato. Per coloro che invece hanno i mezzi finanziari per pagare, sarà l'azione esecutiva degli assicuratori o dei fornitori di prestazioni che regolarizzerà ogni pendenza finanziaria.



Fatte queste considerazioni, invitiamo il Parlamento ad approvare la modifica della LCAMal allegata.

Per la minoranza della Commissione gestione e finanze:

Marina Carobbio Guscetti, relatrice
Ferrari M. - Ghisletta R.

Disegno di

LEGGE

cantonale 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 5 luglio 2006 n. 5810 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto di minoranza 11 dicembre 2006 n. 5810 R2 della Commissione della gestione e delle finanze;
- ritenuto che i termini utilizzati in tutta la legge sono da intendere sia al maschile che al femminile,

d e c r e t a :

I.

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

TITOLO III - Esazioni e pagamenti

Art. 20

A. Premi e partecipazioni irrecuperabili

¹Il Consiglio designa l'autorità di assistenza sociale per il pagamento dei crediti irrecuperabili relativi alle prestazioni obbligatorie previste dalla legislazione federale.

²*Stralcio*

³*Stralcio*

Art. 21

B. Nuova procedura

Stralcio

Art. 22

C. Divieto agli assicurati

¹Nei confronti delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione e per le prestazioni obbligatorie di legge, *per le quali lo Stato non rifiuta il riconoscimento dei crediti scoperti*, l'assicuratore non può:

- a) dichiarare l'esclusione di assicurati;
- b) sospendere le prestazioni;
- c) praticare la compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato.

²*Stralcio*

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.

²Essa entra in vigore.....