

# Rapporto di maggioranza

numero	data	Dipartimento
<b>5810 R1</b>	28 novembre 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**

Con messaggio 5 luglio 2006 il Consiglio di Stato propone di modificare, con effetto retroattivo al 1° gennaio 2006, la Legge cantonale di applicazione (LCAMal), in conseguenza della modifica dell'art. 64 a della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), entrata in vigore a tale data, che permette agli assicuratori malattia di sospendere la copertura assicurativa agli assicurati che non pagano i premi o le partecipazioni.

### **1. LA SITUAZIONE**

#### **1.1 La modifica del diritto federale**

Il nuovo art. 64a LAMal, in vigore dal 1° gennaio 2006, regola i rapporti tra assicurati e assicuratore come segue:

<sup>1</sup>*Se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore deve diffidarlo (...).*

<sup>2</sup>*Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Nello stesso tempo informa della sospensione delle prestazioni l'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurazione. (...).*

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

La legge federale non interferisce nei compiti dei cantoni a questo riguardo. Ciò è coerente con le rispettive competenze costituzionali: l'assicurazione malattia è regolata dalla Confederazione, mentre le prestazioni sanitarie e assistenziali sono regolate dai Cantoni.

Senza dovere qui giustificare la decisione federale, giova ricordare che:

- il mancato pagamento di premi e partecipazioni di una parte degli assicurati, se l'assicuratore resta obbligato a pagare le prestazioni sanitarie a tutti, si traduce in aumenti dei premi per gli altri assicurati;

- gli oneri per l'assicurazione malattia, oltre che ridotti da sussidi pubblici per una parte considerevole della popolazione, sono considerati nel minimo vitale: non solo per commisurare prestazioni pubbliche, ma anche p.e. per stabilire il salario pignorabile. Di conseguenza, non è l'impossibilità scusabile, ma la cattiva volontà degli uni nel fare fronte ai propri obblighi che si traduce in un iniquo carico supplementare per chi, non necessariamente più benestante, ai premi e alle partecipazioni di cassa malati invece fa fronte;
- cosa induce a pagare un debito piuttosto di un altro, in una società nella quale non è difficile consumare a credito oltre le proprie possibilità ? Nel dibattito in Commissione è stato ricordato che le imposte della circolazione sono i pubblici tributi più pagati, perché, passato il termine di diffida, arriva la polizia a sequestrare le targhe e si va a piedi. Non c'è da meravigliarsi se gli obblighi verso il proprio assicuratore malattia sono sempre meno assolti (le cifre fornite dal Messaggio sono significative), se ciò resta senza conseguenze per gli inadempienti.

## **1.2 Le conseguenze in Ticino**

In un contesto di norme federali che impedivano agli assicuratori di sospendere la copertura, il Cantone Ticino aveva legiferato, tramite la LCAMal, il diritto per loro di percepire dal Cantone i premi degli assicurati insolventi, esaurita la procedura esecutiva d'incasso.

Per effetto cumulato di queste disposizioni cantonali tuttora vigenti e di quelle federali nuove, dal 1° gennaio 2006 gli assicuratori hanno in Ticino, di fatto, la scelta per ogni singolo assicurato inadempiente: se sospendergli la copertura o mantenerla per incassare i premi dal Cantone.

Ciò permette loro di sospendere la copertura per i cattivi rischi (inadempienti malati) e di incassare invece dallo Stato i premi per i buoni rischi (inadempienti sani).

Nella misura in cui il vantaggio così ricavabile dagli assicuratori si traduce in un contenimento dei premi, potrebbe essere una soluzione politicamente sostenibile; ma contraddice il principio assicurativo.

Si può quindi consentire sulla inopportunità di lasciare la LCAMal così com'è, anche se il Messaggio dà al riguardo scarse motivazioni.

## **2. LE POSSIBILITÀ**

In alternativa alla situazione creatasi dal 1° gennaio 2006, al Cantone si presentano le soluzioni possibili seguenti, non necessariamente alternative:

- non fare niente, tranne abrogare le attuali disposizioni della LCAMal (art. 20-22);
- l'ente pubblico paga premi e partecipazioni degli assicurati inadempienti, per mantenere loro la copertura assicurativa; con due varianti: a tutti (non appena arriva l'informazione di cui al cpv. 2 del nuovo art. 64 a LAMal) o solo (come il cpv. 3 non esclude) in determinati casi;
- stabilire i casi in cui il Cantone paga lui le prestazioni sanitarie, sostituendosi in questo agli assicuratori.

Il Messaggio propone in sostanza un misto tra la terza soluzione e la seconda variante della seconda, con ampia delega al Governo sulle modalità.

Vediamo di analizzare separatamente le tre soluzioni.

## **2.1 Non fare niente**

### **2.1.1 La garanzia delle cure**

Cosa succede agli assicurati che hanno perso la copertura assicurativa siccome inadempienti verso il loro assicuratore, se si ammalano ? In caso di necessità vengono curati comunque. La Legge sanitaria cantonale (LSan) stabilisce fra altro che:

*Ogni persona ha diritto a prestazioni sanitarie scientificamente riconosciute. (Art. 5 cpv. 1)*

*Gli operatori sanitari non possono subordinare la concessione o l'esecuzione di prestazioni sanitarie urgenti a condizioni assicurative, sociali, religiose, di nazionalità o altre dei pazienti. (Art. 17 cpv. 2)*

*Ogni operatore sanitario è tenuto a dare le prestazioni nei limiti delle conoscenze acquisite mediante la formazione comprovata dal diploma o certificato esibito dai mezzi tecnici e delle strutture a disposizione (art. 64 cpv. 1).*

*Tutti gli operatori sanitari sono tenuti, in situazioni d'urgenza o di catastrofe, a dare le prestazioni necessarie nell'ambito delle loro competenze professionali e della loro formazione specifica (art. 69 cpv. 1)*

In particolare l'art. 17 cpv. 2 LSan è esplicito nel prescrivere che le prestazioni sanitarie urgenti devono essere prestate indipendentemente da copertura assicurativa o capacità del paziente di pagare. E ciò da qualsiasi operatore sanitario, dipendente o indipendente, pubblico o privato, che esercita la sua attività in Ticino. Già per ragioni deontologiche.

Il rischio d'incasso che questo obbligo comporta per chi offre prestazioni sanitarie, rispetto ad altre professioni e attività di servizio, è compensato dalla copertura assicurativa obbligatoria, anche se quest'ultima non dovesse più comprendere la totalità, bensì soltanto una elevata percentuale della popolazione residente.

In teoria non è facile definire i limiti dell'urgenza, ma in pratica non sono mai sorti grandi problemi nei casi in cui queste disposizione della LSan già trovano quotidiana applicazione: nei confronti cioè delle decine di migliaia di residenti all'estero temporaneamente presenti in Ticino (come turisti, clandestini ecc.) o di quei residenti che già in precedenza per qualsiasi ragione non disponevano di un'assicurazione malattia (può accadere, per omissione o ritardo nella notifica di domicilio ecc.). Essi vengono assistiti in caso di infortunio, malore o dolori che richiedono chiarimenti, gravidanza ecc. e ciò per tutto il tempo e l'intensità necessari, dal punto di vista sanitario e deontologico.

Il Messaggio governativo non fa menzione di queste norme né di questa prassi, e non dice se il concetto di "cure di prima necessità" proposta al nuovo art. 20 del disegno di legge è uguale o diverso da quello di "urgenza" della LSan.

E cosa succede per le cure non urgenti, che potrebbero essere rifiutate al paziente senza copertura assicurativa ? Se non c'è urgenza, il paziente ha il tempo di provvedere al ripristino della copertura. Se impossibilitato a farlo dalle sue condizioni economiche, può rivolgersi alla pubblica assistenza e chiedere aiuto per pagare i premi arretrati. In casi infine di inerzia autolesionista del paziente che mette gravemente in pericolo la propria salute rifiutandosi di affrontare il problema (non diversamente dal paziente che rifiuta di curarsi), l'iniziativa di questo ripristino può avvenire tramite una misura tutoria, proponibile p.e. anche dall'operatore sanitario che riconosce la situazione.

### **2.1.2 Terzo garante e terzo pagante**

Per valutare il rapporto tra garanzia (per il paziente) delle cure (urgenti) e garanzia (per il fornitore di prestazioni) del loro pagamento, va considerato che la copertura assicurativa secondo la LAMal si traduce in modalità ben distinte:

- Il regime convenzionale usuale (ma non sempre né necessariamente) per ospedali, case per anziani, ambulanze, farmacie ecc., in base al quale gli assicuratori pagano direttamente le fatture, recuperando eventuali partecipazioni dagli assicurati.
- In difetto di convenzione invece tra fornitori di prestazione e assicuratori (regime aconvenzionale), sulla base di una tariffa decisa dalle autorità anche contro la volontà delle parti, l'assicurazione si limita a rimborsare l'assicurato, eventualmente al netto dei suoi obblighi di partecipazione, al quale soltanto spetta di pagare chi gli ha fornito la prestazione. Questo regime è usuale per studi medici, laboratori d'analisi ecc.

Un sistema o l'altro non dipende dal tipo di fornitore: può darsi che un gruppo di medici o di ospedali si convenzioni e un altro no.

Nel secondo caso non fa grande differenza, per il fornitore di prestazioni, dal punto di vista della garanzia d'incasso, che vi sia o meno copertura assicurativa. Non è raro che le fatture degli studi medici restano impagate, da parte di pazienti che nemmeno si preoccupano del rimborso assicurativo, o lo incassano per spenderlo altrimenti. All'aumento dei premi dell'assicurazione malattia concorre perfino il comportamento abusivo (e raramente perseguito) di chi, per procurarsi liquidità, si reca senza vera necessità dal medico per poi incassare dalla propria assicurazione malattia, senza pagare il medico.

Per i fornitori di prestazioni LAMal in regime aconvenzionale, più della copertura assicurativa, importa che il paziente sia uso o meno pagare le fatture: a tale scopo è lecito allestire elenchi e scambiare informazioni tra fornitori di prestazione. Il paziente uso a non pagare, che si presenta all'infuori delle situazioni d'urgenza previste dalla LSan, può essere invitato a rivolgersi altrove. L'effetto pratico è che chi comincia davvero ad avere problemi (non urgenti) di salute, si preoccupa, magari dopo avere cambiato medico, di dare qualche garanzia che le fatture (future) le pagherà. Come per le imposte di circolazione, funziona.

Il problema della sospensione di copertura assicurativa interessa quindi i fornitori di prestazioni sanitarie in regime convenzionale, ma la soluzione deve tenere presente anche chi opera nell'altro regime. Non vi infatti ragione per togliere ai primi un rischio d'incasso che i secondi hanno abitualmente: almeno quando si tratta di prestazioni assimilabili. Da questa e da altre considerazioni nasce la proposta della Commissione di introdurre un limite minimo di valore della fattura., per giustificare un intervento dello Stato.

## **2.2 Lo Stato paga gli scoperti all'assicurazione**

La prima variante, cioè a tutti, non appena ricevuta la notifica dall'assicuratore e senza neppure attendere l'esito di una procedura esecutiva, fa cadere lo scopo della nuova norma federale e non farà che aumentare l'inadempienza degli assicurati. Quale è l'incentivo a pagare i premi, se tanto li paga lo Stato, sistematicamente a tutti, in caso di inadempienza ?

La seconda variante, cioè solo nei casi in cui ciò conviene allo Stato (come alternativa "più buon mercato" rispetto al pagamento da parte dello Stato delle fatture non più coperte dall'assicuratore - vedi capitolo 2.3.) è quella meno nell'interesse degli onesti che pagano i

premi di cassa malati. Infatti, comporta per gli assicuratori il mancato introito dei premi dei buoni rischi (insolventi sani), e li obbliga invece a pagare le fatture dei cattivi rischi (insolventi malati): contro ogni principio assicurativo di ripartizione dei rischi.

Sarebbe come poter decidere anno per anno se pagare l'assicurazione incendio alla fine dell'anno, a dipendenza se la casa è bruciata oppure no. Il Messaggio governativo dice al riguardo:

*“È pertanto ipotizzabile una diminuzione dei costi rispetto ad oggi”*

sottinteso, dei costi per lo Stato; ma non dice di quanto potrebbero aumentare i premi di cassa malati in Ticino ! Si capisce la preoccupazione per le finanze pubbliche anteposta a quella per gli oneri caricati, tramite le casse malati, sui premi degli assicurati: perché delle finanze pubbliche i politici rispondono più o meno direttamente, mentre per l'aumento dei premi possono dare la colpa alle casse malati.

Nessuna delle due soluzioni convince; al massimo si tratta del male minore.

### **2.2.1 Evitare che lo Stato paghi due volte**

In ogni caso, per entrambe le varianti sopra esaminate, si pone il problema del pagamento dei premi dallo Stato agli assicuratori malattia, in favore di tutti coloro che hanno già percepito prestazioni pubbliche di varia natura, comprensive del necessario per fare fronte a questi premi.

A chi già riceve un assegno di prima infanzia, un anticipo di alimenti, una retta assistenziale, una borsa di studio ecc. e la gioca al lotto invece di pagarsi da mangiare, lo Stato non va una seconda volta a pagargli il cibo: magari una volta, ma poi interviene con misure tutorie.

Allo stesso modo, è improponibile che lo Stato vada una seconda volta a pagare i premi e magari le partecipazioni di cassa malati a chi già a ricevuto soldi pubblici per poter fare (anche) questo.

La modifica dell'art. 25 della Legge sull'assistenza sociale proposta dal Messaggio è in tal senso benvenuta. Ma insufficiente.

È opportuno estendere questa possibilità ad altri casi, quando lo Stato riceve la notifica secondo l'art. 64 a cpv. 2 LAMal.

Su un tema già difficile e controverso, la Commissione non ha avuto modo di approfondire queste eventualità e di proporre altre modifiche di legge, ma raccomanda caldamente al Governo di inserire questa disposizione in altre leggi, p.e. nel caso di anticipo alimenti, assegni di prima infanzia, borse di studio, ecc. Per non pagare due volte, con grande speco di risorse pubbliche e soprattutto con grande ingiustizia rispetto a chi fa fronte ai propri obblighi.

### **2.3 Pagamento delle prestazioni sanitarie da parte dello Stato**

In ogni caso è necessaria una restrizione, altrimenti non vi è più interesse, né per gli assicurati a fare fronte ai loro obblighi, e in fondo nemmeno per gli assicuratori a farsi pagare i premi da chi è malato.

Una soluzione ristretta, come ricordato sopra, esiste da decenni, in favore di chi cura turisti, clandestini, o comunque persone per le quali la prestazione sanitaria non può

essere messa a carico di una cassa malati tramite pagamento (ev. posteriore, da parte dello Stato) dei premi.

L'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, in applicazione della legge sull'assistenza sociale, paga a posteriori le fatture per i cosiddetti "stranieri in transito" se si tratta di prestazioni urgenti. Non evidentemente se qualcuno viene appositamente qui per farsi curare (anche se in concreto non è sempre facile accertare una tale intenzionalità).

In pratica, delle tre soluzioni illustrate in apertura di questo capitolo, la terza si confonde con la prima: basta applicare le vigenti disposizioni per l'assistenza sociale, senza aggiungerne altre.

La Commissione concorda quindi in sostanza con la proposta del Messaggio di limitare il pagamento delle fatture limitatamente ai casi urgenti. Solo però ai fornitori di prestazioni in regime convenzionale, ai quali il pagamento diretto è rifiutato dagli assicuratori per intervenuta sospensione della copertura; e solo oltre un limite minimo di valore. Non è certa che occorrono norme apposite per farlo, bastando apparentemente quelle vigenti sull'assistenza sociale. Non concorda in ogni caso con la discrezionalità concessa allo Stato di pagare i premi piuttosto delle fatture: soluzione che deve restare confinata a casi ristretti, come si dirà sotto.

### **3. PUBBLICO E PRIVATO**

Il Messaggio parte del presupposto che solo l'ente pubblico è tenuto (il che non è vero) o è in grado di prestare cure "di prima necessità", o è in grado di riconoscere che si tratta di prima necessità, o è in grado di assicurare, a chi poi deve pagare, che di prima necessità si è trattato.

Non in tutti, ma in numerosi settori, comprese certe prestazioni definibili di urgenza o di prima necessità, vi è un rapporto di concorrenza tra fornitori di prestazioni pubblici e privati. Questa concorrenza non può essere distorta conferendo soltanto all'ente pubblico il diritto di farsi pagare, se vi è difetto di copertura assicurativa, e non invece ai privati. Se non altro perché anche il privato, così come il pubblico, è obbligato a fornire le prestazioni in caso di necessità secondo la LSan (cfr. 2.1.1 sopra).

Evidentemente l'EOC è particolarmente tenuto ad attrezzarsi per le urgenze; e anche indennizzato dallo Stato per questo, tramite il contratto di prestazione. Il maggior beneficiario sarà indubbiamente l'EOC, ma non si capisce la proposta di un mandato specifico (cfr. capitolo 2.3.1 del messaggio) "per la presa a carico degli assicurati a cui sono state sospese le prestazioni LAMal" (quasi che il mandato attuale li escluda dalla presa a carico ...) e di "non escludere, per il futuro, l'estensione di mandati specifici anche a strutture stazionarie private". Il rischio d'incasso è immanente in ogni servizio, anche pubblico: le aziende di trasporto non hanno un mandato specifico per farsi pagare dallo Stato i biglietti dei viaggiatori che salgono a bordo senza; o l'Università per gli studenti che non pagano la tassa d'iscrizione.

Una similitudine può esser fatta anche con l'assistenza giudiziaria. Chi dimostra di avere necessità di un'azione o difesa legale (non priva di speranze di buon esito, fatta salva la difesa penale), dimostra che un'assistenza legale gli è per questo necessaria, e dimostra di non essere in grado di pagarsela, può chiedere che lo Stato gliela paghi in tutto o in parte. Non per questo perde il diritto alla scelta del patrocinatore, ma questi è tenuto a lavorare, in questi casi, ad una tariffa ridotta. Quest'ultima modera il rischio che gli avvocati vadano a caccia di clienti pagati dallo Stato. Nel regime di concorrenza tra operatori sanitari, bisogna evitare che essi vadano a caccia degli inadempienti verso il loro

assicuratore perché per loro paga lo Stato: magari meno severo delle assicurazioni malattia nell'autorizzare una cura o nel considerarla a posteriori necessaria (p.e. la durata di una degenza ospedaliera acuta: tema di costante conflitto per gli assicuratori, con particolare riguardo per i pazienti anziani). Una tariffa ridotta è un modo per ripartire ragionevolmente gli oneri dell'insolvenza, tra fornitori di prestazione e Stato, quando questi ritiene comunque di dover intervenire come ultimo pagatore, senza però mettere in moto incentivi sbagliati. Una modalità che si invita ad esaminare per il futuro.

## 4. CONCLUSIONI

### 4.1 In generale

Il Messaggio governativo si diffonde in considerazioni oziose (“le sanzioni (sic) introdotte dalla LAMal ... sono certamente gravi”; “È inaccettabile che la Confederazione ...”) ma è fumoso nell'esame delle varianti possibili e delle conseguenze.

Esso è il prodotto di una visione settoriale, ristretta all'applicazione dell'assicurazione malattia, senza considerare le implicazioni già regolate da altre disposizioni, quali la Legge sanitaria (garanzia delle cure) e quella sull'Assistenza pubblica (pagamento pubblico delle cure ai non assicurati), con l'intento (comprensibile) di sostenere l'EOC, ma foriero di nuove complicazioni ad un sistema di prestazioni socio-sanitarie, bisognoso invece di semplificazioni.

Il Messaggio non considera problemi come la parità di trattamento tra fornitori di prestazione, le diversità per chi opera in regime di terzo pagante o terzo garante, le considerazioni di tipo assicurativo sui buoni o cattivi rischi. Guarda agli effetti sulle finanze pubbliche, ma non a quelle sugli assicuratori, e quindi sui cittadini che pagano i premi.

Solo l'inopportunità del trascinarsi della situazione attualmente in vigore ha convinto la Commissione a non rinviare il Messaggio al Governo.

Con queste carenze, la discussione in Commissione è però stata difficile. In difetto di solida analisi tecnica (questo rapporto è un affrettato e incompleto tentativo di supplirla), è difficile fare ordine e trovare un equilibrio tra diritti e interessi legittimi, quali:

- Il diritto fondamentale alle cure, indipendentemente dalle condizioni economiche;
- Il diritto dei cittadini corretti a non essere danneggiati dall'aumento dei premi dovuto all'ingiustificata inadempienza altrui;
- l'interesse dei fornitori di prestazioni sanitarie a farsi comunque pagare le prestazioni, poco importa da chi;
- la non discriminazione tra fornitori privati e pubblici, nella misura almeno in cui tenuti entrambi a fornire determinate prestazioni;
- l'interesse dello Stato a contenere le spese, tramite incentivi corretti alle varie parti in causa;
- l'interesse degli assicuratori malattia a non vedersi messi a carico gli inadempienti malati, senza però pari possibilità di incassare i premi per quelli sani;
- ecc.

La proposta Commissionale è un tentativo poco convinto di rendere più accettabile la proposta governativa; ha almeno il pregio di raccogliere una maggioranza. Un esito si vuole però sperimentale, da verificare fra due anni: sulla base di un nuovo messaggio governativo che si spera più convincente.

## 4.2 Commento al testo di legge proposto

### Art. 20 cpv. 1

Lo scopo è non penalizzare oltre un ragionevole rischio d'incasso i fornitori di prestazioni che curano i pazienti senza avere avuto la possibilità di assicurarsi il pagamento, già per l'urgenza delle prestazioni che la situazione richiedeva.

Si tratta di un pagamento e non di rimborso: la norma si applica solo in regime convenzionale, cioè di fattura dal fornitore di prestazioni all'assicuratore.

D'altra parte, se l'assicuratore ha sospeso la copertura per mora dell'assicurato, il fornitore di prestazione dispone di una pretesa diretta nei confronti del paziente, prima che nei confronti dello Stato.

L'articolo non vuole escludere che lo Stato, tramite la procedura delegata al Consiglio di Stato (cfr. art. 22), segnatamente nel caso di assicurati non notoriamente insolventi, possa pretendere che il fornitore di prestazioni, prima di avanzare la sua pretesa contro lo Stato, la faccia valere contro il paziente: al limite fino all'attestato di carenza di beni, come finora preteso dagli assicuratori per il pagamento dei premi. Non vi è ragione perché lo Stato funga da servizio incassi per i fornitori di prestazioni al beneficio di questa disposizione (a cominciare dall'EOC). Lo stesso vale finora per i non residenti, le cui cure sono pagate dall'assistenza previa verifica che non sia possibile ottenere altrimenti il pagamento, perché assicurati in patria o benestanti.

Ovviamente beneficiano di questa disposizione soltanto i fornitori abilitati secondo la LAMal, solo per le prestazioni riconosciute dalla LAMal e solo in stretta applicazione delle tariffe LAMal. Se vi è carenza di competenza presso lo Stato per verificare che le fatture adempiono a queste ultime tre condizioni, nulla impedisce di affidare un mandato di prestazione ad un assicuratore malattia perché faccia questa verifica: anzi, è raccomandabile che così sia, se la messa a concorso di un tale mandato (p.e. in forma di una percentuale sulle fatture controllate) porta a concludere che una tale soluzione costa meno che assumere e formare funzionari appositamente per questo compito.

Le prestazioni di prima necessità sono quelle che la LSan fa obbligo ad ogni operatore sanitario di prestare, senza riguardo per la possibilità del paziente di pagare. Non è vietato, nella prassi d'applicazione, fidarsi che questa condizione sia adempita, fino a dubbio contrario, da taluni fornitori abituali di urgenze (p.e. le ambulanze, i pronti soccorsi dell'EOC), e farla invece verificare caso per caso se la fattura proviene da altri fornitori, p.e. tramite il medico cantonale. Ma ha da essere solo una diversa modalità di controllo giustificata dall'esperienza e da verifiche precedenti, non una discriminazione sostanziale circa il diritto in sé, tra fornitori di prestazioni sanitarie pubblici o privati, stazionari o ambulatoriali, ecc.

Il limite di 1'500.- è arbitrario e potrà essere corretto fatta l'esperienza. Esso considera sia l'accettabilità di un rischio d'incasso fino ad una certa cifra per i fornitori di prestazione, sia la soglia ragionevole di rischio per chi opera in regime di terzo garante, sia la necessità di semplificazione amministrativa. La soluzione al problema delle prestazioni multiple, ripetute ecc. può consistere nel non accettare deroghe – per superare la soglia – alla prassi di fatturazione precedente: nel senso di quali prestazioni ed importi sono abitualmente messi sulla stessa fattura indirizzata all'assicuratore. Anche per questo può tornare utile il mandato di verifica ad un assicuratore malattia.



## **Art. 20 cpv. 2**

Per i motivi detti al capitolo 2.2. sopra, non è accettabile che con totale discrezionalità, secondo il proprio interesse finanziario e a scapito degli assicurati onesti che pagano i premi, lo Stato faccia mancare agli assicuratori l'introito dei premi dei buoni rischi (insolventi sani), e li obblighi invece, col proprio intervento retroattivo di sanatoria delle pendenze, a pagare le fatture dei cattivi rischi (insolventi malati).

Per casi particolari si intendono quindi, restrittivamente, quelli in cui il paziente medesimo, bisognoso di cure non urgenti, si attiva per ripristinare la copertura assicurativa, e viene in tal caso aiutato dallo Stato, a condizione che egli dimostri di non essere in grado di provvedere da solo o con l'aiuto di familiari (criterio assistenziale) a pagare gli arretrati a ciò necessari.

Non va trascurata al riguardo la possibilità di farlo tramite cambio dell'assicuratore malattia, ma si tratta di un tema complesso (caso assicurativo insorto durante la precedente o durante la nuova copertura ?).

È inaccettabile invece che, semplicemente per ridurre l'onere che gli deriva dall'applicazione del cpv. 1 del nuovo art. 20, lo Stato intervenga a pagare gli arretrati verso l'assicuratore, senza sincerarsi delle condizioni e possibilità dell'assicurato.

Solo in questo modo si evita il disincentivo a pagare di premi da parte di chi è in grado di farlo.

Nell'applicazione pratica, spetta evidentemente agli assicuratori difendersi da un'applicazione da parte dello Stato lesiva di questa intenzione del legislatore. L'esperienza nel periodo limitato d'applicazione dirà se occorrono disposizioni più precise e quali.

## **Art. 20 cpv. 3**

La Commissione concorda col Messaggio che, per i minorenni (tutti), lo Stato provveda a pagare quanto dovuto all'assicuratore, così da evitare sospensioni di copertura.

Si tiene conto del fatto che non vale, per loro, lo scopo della legge federale di incentivo all'adempimento di un obbligo, che in pratica è dei loro genitori.

C'è un margine di procedura, da colmare dal Consiglio di Stato, per stabilire quando e come ciò debba avvenire.

## **Art. 21**

Anche il messaggio dice che "la soluzione proposta riprende il quadro giuridico valido per il regresso nell'assistenza sociale". È quindi buona regola di tecnica legislativa farvi riferimento esplicito.

Non vi è ragione invece di istituire un regresso nei confronti dell'assicuratore, dal momento che il Cantone può esercitare, nei casi ristretti di cui al cpv. 2 dell'art. 20, l'opzione di pagare gli arretrati invece della fattura.

Il senso della norma non è infatti quella che il Cantone paghi, magari con criteri più larghi di quelli usati dall'assicuratore (si ricorda l'esempio fatto circa la durata di una degenza ospedaliera acuta), perché tanto ha il diritto di recuperare tutto presso l'assicuratore, come e quando vuole, basta che gli paghi i premi arretrati.

## **Art. 22**

Bisognosa di precisazioni, come visto sopra, non è soltanto la procedura di notifica di cui al cpv 2 dell'art. 64 a LAMal (è anzi la più semplice), ma anche p.e. quella con la quale i fornitori di prestazioni chiedono allo Stato di pagare le fatture rifiutate dagli assicuratori, o il paziente chiede allo Stato l'aiuto per il pagamento dei premi (anche solo eventualmente per rimandare alle procedure in materia di assistenza sociale).

Nota: non viene sostenuto il nuovo art. 83 proposto dal messaggio

Non è proponibile stabilire per legge che "le pratiche inoltrate entro il 30 giugno 2006" siano evase secondo la precedente legge. Cioè in pratica che lo Stato paghi i premi agli assicuratori se arrivano con l'attestato di carenza di beni dell'assicurato entro un dato termine: visto che i tempi della procedura esecutiva dipendono anche dallo Stato. Le disposizioni LCAMal delle quali qui proponiamo la sostituzione istituivano un diritto per gli assicuratori che, se maturato, non può essere tolto.

Allo stesso modo non si può prescrivere, se la legge entra in vigore al 1° gennaio, che essa si applichi soltanto "alle pratiche inoltrate a partire dal 1° luglio 2006": quali pratiche? Il pagamento di fatture (che concerne direttamente il fornitore di prestazioni) o il pagamento di premi arretrati (che concerne direttamente l'assicuratore)?

Nulla impedisce che, per accordo con gli assicuratori malattia, si trovi un modo semplificato per evadere gli arretrati e passare al nuovo regime, così da risparmiare lavoro amministrativo sia a loro che allo Stato. È pacifico in ogni caso per diritto federale che, pagati i premi, la copertura assicurativa è ripristinata per il periodo corrispondente, se ne frattempo era stata sospesa.

Ma il legislatore non può, con effetto retroattivo, togliere diritti già insorti, né stabilire un'entrata in vigore retroattivo di un nuovo ordinamento (1° gennaio 2006), ma poi in pratica posticiparla di 6 mesi.

Una soluzione tecnicamente corretta imporrebbe intanto di distinguere i diritti dei fornitori di prestazione da quelli degli assicuratori, da quelli – eventualmente – dei pazienti. Troppo complicato, per un legislatore già messo alla prova da un tema non facile e studiato male dal Governo. Ci pensino i tribunali a decidere secondo i principi generali del diritto, se contenzioso dovesse insorgere da sovrapposizioni temporali tra vecchia e nuova legge.

## **Capitolo III**

All'entrata retroattiva al 1° gennaio 2006 proposta dal Governo, la Commissione aggiunge la durata limitata, fino al 31 dicembre 2008.

Queste norme sono poco studiate e vanno sperimentate.

Il governo dovrà, entro i primi mesi del 2008 (per dare tempo anche al Parlamento), proporre un rinnovo o meno di queste disposizioni, o un diverso assetto, valutando in particolare:

- se ed in che misura è opportuno che l'applicazione – in tutto o in parte - di queste norme sia fatta da chi si occupa di assicurazione malattia, o piuttosto da chi si occupa di assistenza pubblica, che dispone già dell'esperienza: sia per quanto riguarda sia il pagamento diretto di prestazioni sanitarie (ai non residenti qui curati e non in grado di pagare), sia il regresso; se addirittura queste norme non vadano inserite nella Legge sull'assistenza pubblica, che è la corretta sede della materia;

- le conseguenze sui comuni, diverse se l'intervento dello Stato avviene in base a disposizioni assistenziali, o nell'ambito dell'assicurazione malattia. Il Messaggio ricorda "Per quanto concerne gli enti subalterni, e segnatamente i Comuni, gli oneri saranno ripartiti in virtù degli attuali articoli 50 e 51 LCAMal", ma omette di quantificare rispetto alla situazione precedente e rispetto alle alternative accennate in questo rapporto. Non accettabile che il Governo scelga, senza trasparenza e come lecito sospettare, la via che gli permettere di caricare il più possibile i costi sui comuni;
- se e quali provvedimenti legislativi ed esecutivi introdurre per evitare che lo Stato debba pagare (spesso in sostanza due volte) prestazioni sanitarie e/o premi assicurativi a chi riceve altre prestazioni pubbliche, oltre a quelle dell'assistenza e delle prestazioni complementari: anticipo alimenti, assegni di prima infanzia, borse di studio, ecc. Queste prestazioni sono commisurate già alla necessità riconosciuta di assicurarsi per la malattia, o si può almeno presumere che chi le chiede s'impegni a farlo, e non carichi poi a parte lo Stato omettendo l'adempimento;
- in estensione a quanto sopra, se la LAPS, da strumento per coordinare il "quanto complessivamente e da quali fondi" lo Stato deve dare ai cittadini bisognosi, non possa e debba essere usata anche come strumento per coordinare la copertura diretta di talune spese necessarie anche dal punto di vista dell'interesse pubblico (assicurazione malattia in primis, visto che poi è altrimenti lo Stato che deve pagare o i premi o le cure) a chi dimostra di non essere in grado di provvedervi da solo, nemmeno se riceve i soldi per farlo; come misura meno incisiva e meno laboriosa rispetto ad una tutela o curatela civile;
- l'introduzione di una tariffa ridotta ( X % di quella LAMal) quando è lo Stato che paga le prestazioni cura: a disincentivare il rischio che il paziente scoperto diventi più appetibile, per il fornitore di prestazioni, di quello al beneficio di un assicuratore severo (analogia con l'assistenza giudiziaria);
- soprattutto le modalità procedurali, per evitare che lo Stato finisca col fare (oltre certi importi) da ufficio incassi in favore di fornitori di prestazione, nei confronti di pazienti inadempienti ma solvibili; ecc. Per dare a queste modalità una base legale, non più solo tramite una discutibile delega al Governo.



Fatte queste considerazioni, la maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze invita il Gran Consiglio ad approvare la modifica LCAMal come all'annessa proposta.

Per la maggioranza della Commissione gestione e finanze:

Mauro Dell'Ambrogio, relatore

Arn - Bacchetta-Cattori - Beltraminelli - Bonoli -

Croce - Lepori Colombo (per le conclusioni) -

Lombardi - Merlini - Righinetti - Robbiani

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 maggioranza 28 novembre 2006 n. 5810 R1 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 - Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi**

##### **Articolo 20**

#### **A. Principio**

<sup>1</sup>Il Cantone paga ai fornitori di prestazioni di prima necessità il cui pagamento è rifiutato dall'assicurazione malattia obbligatoria a motivo della sospensione di copertura per mora del paziente, se l'importo è superiore a franchi 1'500.-.

<sup>2</sup>In casi particolari, il Cantone può rimborsare all'assicuratore malattia i crediti scoperti per ripristinare la copertura.

<sup>3</sup>Per gli assicurati minorenni il Cantone procede come al cpv. 2.

##### **Articolo 21**

#### **B. Regresso**

Per le spese di cui all'articolo precedente, il Cantone ha gli stessi diritti di regresso come per quelle secondo la Legge sull'assistenza sociale.

##### **Articolo 22**

#### **C. Procedura**

Il Consiglio di Stato stabilisce le procedure.

## **II.**

La Legge sull'assistenza sociale dell'8 marzo 1971 è così modificata:

### **Articolo 25**

I pagamenti delle prestazioni in danaro sono di regola effettuati dall'Autorità competente direttamente all'assistito o al suo rappresentante legale, fatta eccezione per il pagamento del premio per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, versato direttamente all'assicuratore.

## **III.**

<sup>1</sup>Trascorsi 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.

<sup>2</sup>Essa entra in vigore con effetto retroattivo al 1° gennaio 2006 ed ha effetto fino al 31 dicembre 2008.