

SUPSI

Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino

Aggiornamento e approfondimento dello
studio del 2009 sul fenomeno degli assicurati
morosi

Su mandato dell'Istituto delle assicurazioni sociali

Michele Egloff
Docente ricercatore

Ottobre 2010

Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino

Aggiornamento e approfondimento dello studio del 2009 sul fenomeno degli assicurati morosi

Autore

Michele Egloff
SUPSI, Dipartimento Sanità

Rappresentante del committente

Siro Realini
Istituto delle assicurazioni sociali, Ufficio dei contributi

Estrazioni dalle banche dati amministrative, compilazione di file di dati ed elaborazioni cartografiche

Fabrizio Bricalli, Roberto Crivelli e Valentino Dandrea
Centro sistemi informativi, Area di sviluppo e dell'integrazione applicativa
Walter Bittana
Ufficio esecuzioni di Lugano
Elena Sartoris
Dipartimento della sanità e della socialità

Informazioni supplementari: Michele Egloff, T 058 666 64 00, E michele.egloff@supsi.ch

Indice

	<i>pagina</i>
Ringraziamenti	6
L'essenziale in breve	7
Introduzione	10
Il mandato in sintesi	10
L'articolo 64a LAMal in vigore (fino al 31 dicembre 2011)	10
L'articolo 64a LAMal (dal 1° gennaio 2012)	10
Definizione dei termini “ <i>assicurati morosi</i> ”, “ <i>sospesi</i> ” e “ <i>insolventi</i> ”	11
Impostazione del lavoro e svolgimento del rapporto	12
Parte I	14
Assicurati sospesi, aggiornamento dei dati statistici	14
Numero degli assicurati sospesi	14
Descrizione della popolazione degli assicurati sospesi	17
Età	17
Sesso e stato civile	18
Nazionalità	19
Beneficiari di una riduzione dei premi dell'assicurazione malattie	19
Beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS	21
Proporzione di assicurati sospesi nella popolazione	22
Età	22
Sesso e stato civile	23
Nazionalità	23
Domicilio	28
Durata e frequenza delle sospensioni	30
Durata delle sospensioni	30
Frequenza delle sospensioni	31
Parte II	32
Situazione finanziaria degli assicurati sospesi	32
Analisi dei redditi	32
Fonte dei redditi	33
Reddito netto, reddito disponibile residuale	34
Economia domestica di una persona	34
Economia domestica di due persone	35
Economia domestica di tre o più persone	37
Reddito determinante per la richiesta di riduzione dei premi	38

Indice (*continuazione*)

	<i>pagina</i>
Parte III	
Morosità e insolvenza	41
Stima dell’impatto finanziario del nuovo articolo 64a LAMal	44
Sintesi e conclusioni	46
Numero di assicurati sospesi	46
Profilo degli assicurati sospesi	46
Situazione finanziaria degli assicurati sospesi	47
Dimensione finanziaria del fenomeno degli assicurati morosi	47
Evoluzione della situazione e monitoraggio del fenomeno	48
Bibliografia	50
Sitografia	51
Elenco delle tabelle	51
Elenco dei grafici	52
Elenco delle rappresentazioni cartografiche	52
Elenco degli acronimi	53
Allegati	54
Articolo 64a LAMal in vigore (fino al 31 dicembre 2011)	54
Articolo 105b OAMAL (Procedura di diffida e di esecuzione)	54
Nuovo articolo 64a LAMal (dal 1° gennaio 2012)	55

Ringraziamenti

L'autore del rapporto esprime i propri ringraziamenti ai signori Piergiorgio Zanetti dell'Ufficio cantonale di statistica, Massimo Battilocchi dell'Ufficio delle prestazioni, Servizio centrale delle prestazioni sociali (IAS) e Fabrizio Bricalli del Centro sistemi informativi dell'Amministrazione cantonale per la loro disponibilità e per la loro gradevole e competente collaborazione grazie alla quale è stato possibile, in tempi brevi, aggiornare al 2010 i dati dello studio dello scorso anno, alle signore Stefania Snidro dell'Ufficio dei contributi (IAS) e Ivana Petraglio dell'Area gestione sanitaria (DSP) per la loro rapidità e esaustività nel dare risposta alle molteplici domande puntuali, inevitabili in un studio di questo genere.

Un ringraziamento particolare va ai signori Roberto Crivelli e Valentino Dandrea del Centro sistemi informativi e al signor Walter Bittana dell'Ufficio esecuzioni di Lugano per l'impegno profuso nella ricerca di soluzioni informatiche che permettessero l'estrazione dei dati pertinenti all'oggetto di studio dalle banche dati degli Uffici esecuzioni e fallimenti distrettuali.

A Elena Sartoris della Segreteria del Dipartimento della sanità e della socialità dobbiamo invece l'opportunità di aver potuto esplorare la possibilità di analizzare i dati degli assicurati sospesi in relazione con i loro dati fiscali, operazione questa che non sarebbe stata immaginabile nell'ambito del mandato senza il suo concorso. Le sue conoscenze relative all'informazione disponibile e la sua dimestichezza nel lavorare sulle banche dati amministrative si sono rivelate indispensabili.

Un sentito ringraziamento va al signor Siro Realini, responsabile dell'Ufficio dei contributi, che si è adoperato affinché, nonostante i tempi ristretti, si sia potuto lavorare nelle migliori condizioni possibili. Grazie alla sua disponibilità al confronto e all'attenzione portata alle diverse sfaccettature della problematica è stato un interlocutore oltremodo gradito anche in fase d'impostazione e di consolidamento del lavoro d'analisi.

Infine, si ringrazia il signor Carlo Marazza, direttore dell'Istituto delle assicurazioni sociali, per la fiducia accordata con il conferimento del mandato.

Avvertenza

Espressioni che possono indicare una forma maschile o femminile sono utilizzate per le due forme indistintamente.

L'essenziale in breve

Il 31 marzo 2010 si contavano in Ticino 14'000 adulti maggiorenni la cui copertura assicurativa obbligatoria ai sensi della LAMal era stata sospesa, conformemente all'articolo 64a della stessa. Nella banca dati dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) figurano inoltre 2000 minorenni sospesi dalle casse malati, ma che lo sono unicamente "tecnicamente" in quanto lo Stato garantisce loro la copertura assicurativa. Di fronte a questa situazione, le casse interessate sono state richiamate e si stanno allineando alle disposizioni cantonali (vedi pp. 14-17; p. 46).

Rispetto al periodo precedente dove la tendenza sembrava essersi stabilizzata per un anno attorno a una media trimestrale di circa 750 nuovi casi, a partire dalla metà del 2009 si osserva una recrudescenza del fenomeno con circa 1150 nuovi assicurati sospesi ogni trimestre (p. 16; p. 46)

La proporzione di assicurati sospesi nella popolazione maggiorenne è superiore a un ventesimo (5,15%). 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), le persone divorziate (in particolare gli uomini) e gli stranieri (pp. 17-19; pp. 22-23; p. 46).

Chi era sospeso il 31 marzo 2010 lo era da molto tempo. Tre sospensioni su quattro duravano da almeno un anno e mezzo, la metà da tre anni o più. A complemento della popolazione dei "sospesi permanenti", si deve aggiungere anche una popolazione, numericamente molto meno importante, di "sospesi periodici" (pp. 30-31; pp. 46-47).

Circa 30% degli assicurati sospesi beneficia della riduzione del premio assicurativo, mentre l'8% beneficia di prestazioni assistenziali (vedi pp. 19-21). L'analisi del reddito e della sostanza di una parte degli assicurati sospesi (dati 31 marzo 2007) ha permesso di evidenziare situazioni di estrema precarietà, se non di povertà conclamata, in particolare tra coloro che nel 2005 vivevano in economie domestiche senza reddito da lavoro o che sono stati tassati d'ufficio. Si sono però anche osservate situazioni in cui, in modo altrettanto chiaro, non si può parlare di carenza di risorse, per lo meno un anno e qualche mese prima della sospensione. Tra i due estremi si ha spesso a che fare con una miriade di situazioni di cui non si hanno abbastanza dettagli per poterle situare al di sotto o al di sopra delle soglie di intervento previste nel quadro della LAPS (pp. 34-38; p. 47).

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 la riduzione di premio, con il modello di riduzione dei premi vigente fino al 31 dicembre 2011 non ne avrebbe comunque diritto (pp. 38-40; p.47).

Nel 2009, le casse malati hanno emesso 25'000 precetti esecutivi (PE), contro 11'000 assicurati morosi, per un importo totale scoperto di 30 milioni CHF, l'equivalente cioè di

circa il 2,9% del miliardo di fatturato. L'emissione di questi PE ha permesso l'incasso di oltre 10 milioni CHF, ma per ben 21'000 PE (pari a 19 milioni CHF di scoperto) si è dovuto richiedere il proseguimento dell'esecuzione. Di quest'ultimi, 10'000 sono sfociati in attestati di carenza di beni (ACB) per un importo di 14 milioni CHF. Ciò significa che con la procedura forzata (essenzialmente con il pignoramento dello stipendio) gli Uffici esecuzioni e fallimenti del Cantone hanno incassato l'importo di 5 milioni CHF (pp. 41-43; pp. 47-48).

La stima totale dell'importo annuale dell'insolvenza per il 2009 (compresi gli importi relativi a riprese di ACB nel corso dell'anno) è di 15 milioni CHF. Ciò che ci porta a stimare la perdita su debitori delle casse malati all'1,4% circa del fatturato. Se il nuovo articolo 64a LAMal fosse già stato in vigore nel 2009, il Cantone avrebbe dovuto farsi carico di questa perdita nella misura dell'85% (cpv. 4), e cioè per un importo di quasi 13 milioni CHF, riducendo di conseguenza l'effettiva perdita su debitori delle casse malati allo 0,2% del fatturato. Di fronte a questi valori, si possono nutrire dei dubbi riguardo agli sforzi che saranno profusi dalle casse malati per incassare gli ACB. Secondo il capoverso 5 del nuovo articolo di legge infatti, saranno gli assicuratori che conserveranno gli ACB e che saranno tenuti a restituire al Cantone il 50% di quanto riusciranno a incassare dagli assicurati (p. 48).

L'importo di 13 milioni CHF che nel 2009 il Cantone avrebbe dovuto versare alle casse malati, se il nuovo articolo di legge fosse già stato in vigore, si sarebbe aggiunto ai 232 milioni CHF già spesi dall'IAS per la riduzione dei premi nel corso 2009, sottoforma di riduzione dei premi ordinaria (129 milioni CHF) e per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI (103 milioni CHF). Con un importo complessivo della spesa in favore dell'assicurazione contro le malattie di 245 milioni CHF, il Cantone si sarebbe così fatto carico di circa un quarto (23,8%) del fatturato annuale delle casse malati (p. 48).

Se da un lato, per il 2011 ci si può aspettare che l'aumento medio dei premi cantonali del 6,4% rinforzi l'incremento del numero di assicurati morosi, delle sospensioni e degli insolventi, dall'altro, il 1° gennaio 2012, oltre al nuovo articolo 64a LAMal, entreranno in vigore due altre riforme maggiori che dovrebbero avere un impatto sul livello dei premi e sull'erogazione dei sussidi a favore degli assicurati più bisognosi (p. 48).

La prima riforma prevede che i Cantoni finanzino, con gli stessi parametri, sia le prestazioni ospedaliere fornite dalle strutture pubbliche che quelle fornite dalle strutture private (art. 49a LAMal). In Ticino, il pagamento delle degenze ospedaliere da parte del Cantone nella misura del 55%, porterà a un trasferimento dall'assicurazione malattia alla fiscalità stimato a circa 85 milioni CHF. Questo sgravio per le casse malati dovrebbe ripercuotersi sui premi, nel senso di una loro diminuzione o quantomeno del loro contenimento (p.48).

La seconda riforma è cantonale e tende invece a migliorare l'erogazione dei sussidi per la riduzione del premio assicurativo nel senso di una maggiore equità. Il nuovo sistema mira infatti a riequilibrare gli aiuti rispetto alle varie tipologie e dimensioni delle famiglie e a meglio calibrare gli aiuti a chi ne ha bisogno, basandosi sul calcolo del reddito disponibile di riferimento e non più sul reddito imponibile (pp. 48-49).

È difficile prevedere quale sarà l'impatto di questi cambiamenti sul fenomeno degli assicurati morosi e sul numero degli insolventi, ma viste le ricadute finanziarie per il Cantone, ci sembra auspicabile progettare già sin d'ora un sistema di monitoraggio, comprensivo dei diversi aspetti del fenomeno, che ne permetta una valutazione periodica tanto sotto il profilo conoscitivo che della pianificazione (p. 49).

Introduzione

Il mandato in sintesi

A seguito dello “Studio sul fenomeno degli assicurati morosi” realizzato nel 2009, allegato al messaggio governativo 6275 del 6 ottobre 2009 (Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie) e della relativa decisione del Gran Consiglio (16 dicembre 2009, sulla base del rapporto 6275 R della Commissione della gestione e delle finanze) di continuare a monitorare il fenomeno in modo che il Parlamento venga adeguatamente aggiornato sulla (grave) situazione degli assicurati morosi, il 9 luglio scorso l'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) incaricava il Dipartimento sanità (DSAN) della SUPSI:

- di aggiornare i dati dello studio al 2010;
- di seguire, in qualità di consulente, la pianificazione finanziaria e approfondire la problematica dell'insolvenza degli assicurati delle casse malati, in vista della preparazione dei dispositivi necessari all'entrata in vigore del nuovo art. 64a LAMal, prevista per il 1° gennaio 2012.

L'articolo 64a LAMal in vigore (fino al 31 dicembre 2011)¹

In sostanza, 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 i premi o le partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, anche se diffidati, al momento della richiesta del proseguimento dell'esecuzione. Le casse malati si assumeranno i costi delle prestazioni fornite durante la sospensione solo dal momento che i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione saranno pagati integralmente.

Il nuovo articolo 64a LAMal (dal 1° gennaio 2012)²

Il nuovo articolo di legge 64a LAMal, adottato dalle Camere federali il 19 marzo 2010, prevede che i Cantoni versino alle casse malati l'85% degli arretrati per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza beni (ACB). In cambio, alle casse malati viene soppressa la facoltà di sospendere la copertura assicurativa ai loro clienti morosi. Le casse malati, che rimangono proprietarie degli ACB, sono tenute a versare ai Cantoni il 50% degli eventuali incassi che riusciranno a realizzare.

¹ Per il testo integrale dell'articolo 64a LAMal in vigore, vedi allegati.

² Per il testo integrale del nuovo articolo, vedi allegati.

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.

La modifica dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) relativa all'entrata in vigore del nuovo articolo è tutt'ora in elaborazione.

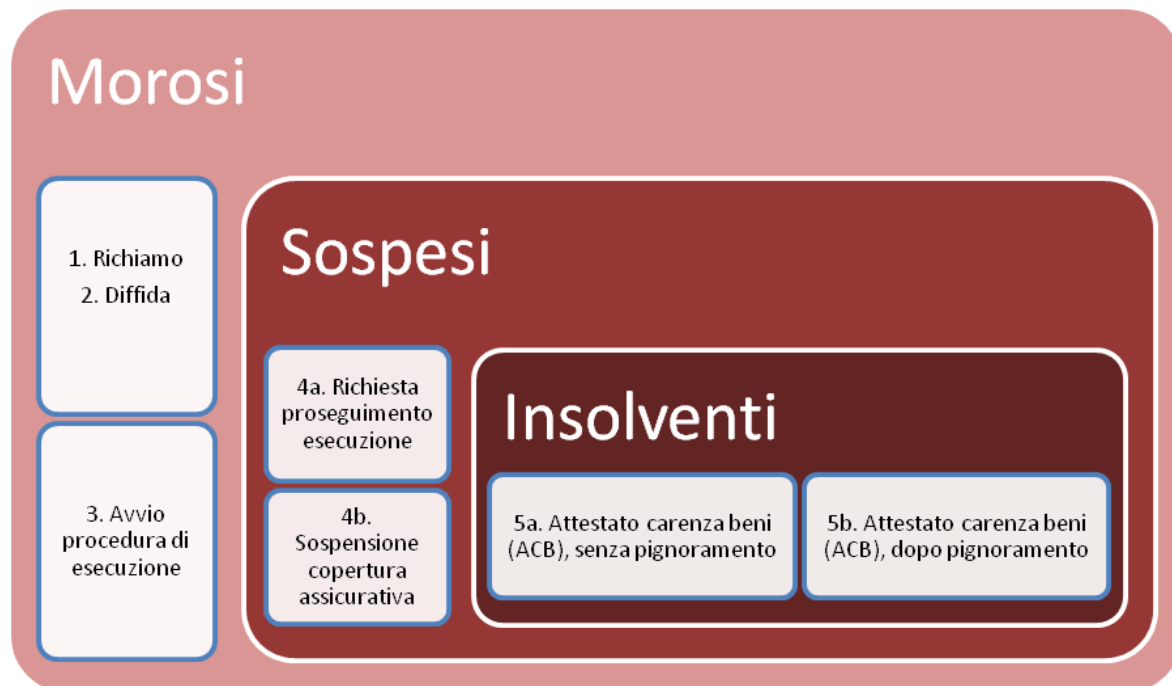
Definizione dei termini “assicurati morosi”, “sospesi” e “insolventi”

Secondo l'articolo 64a vigente, ma soprattutto secondo il nuovo articolo 64a LAMal, è indispensabile definire precisamente cosa si intende per assicurati morosi, sospesi e insolventi. Se nel corso di questi anni, nel dibattito politico e nei mass media, questi termini sono stati sovente utilizzati come sinonimi, in realtà essi si riferiscono a porzioni di realtà ben distinte con implicazioni e conseguenze differenziate per le diverse parti in causa, siano queste le casse malati, lo Stato o gli assicurati stessi. Nell'ambito del lavoro che ha portato alla stesura di questo rapporto, ci siamo riferiti alle definizioni seguenti (vedi anche lo schema S1 “Relazione tra i concetti di assicurati *morosi*, *sospesi* e *insolventi*” a pagina 12):

- Gli *assicurati morosi* sono quegli assicurati che non pagano i premi o le partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista. Secondo l'articolo in vigore, l'assicuratore deve diffidarli per iscritto, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora. Il nuovo articolo prevede almeno un sollecito scritto prima della diffida per evitare che dei “semplici” ritardi o delle sviste vengano a creare inutili costi amministrativi legati all'attivazione di una procedura più formale.
- Gli *assicurati sospesi* sono, attualmente, quegli assicurati morosi ai quali le casse malati hanno sospeso la copertura assicurativa perché non pagano nonostante la diffida e per i quali è stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti. Essi rappresentano un sottoinsieme degli assicurati morosi che sono stati diffidati e per i quali è stato emesso un precetto esecutivo. Dal 2012, l'eventuale sospensione degli assicurati morosi non sarà più facoltà delle casse malati, bensì del Cantone.
- Gli *assicurati insolventi* sono invece quella parte di assicurati morosi sospesi per i quali la procedura di esecuzione sfocia nell'attestazione di carenza di beni, per l'intero importo dovuto, o per una parte di esso. Questi assicurati risultano insolventi per l'importo che figura sull'ACB. Gli assicurati morosi sospesi che saldano il debito

durante la procedura di esecuzione, o per i quali il debito viene estinto pignorando dei beni o parte dello stipendio, non rientrano nella categoria degli insolventi. Con il nuovo articolo, il cantone sarà chiamato ad assumere l'85 per cento dell'insolvenza attestata dagli ACB.

S1 Relazione tra i concetti di assicurati "morosi", "sospesi" e "insolventi"



Impostazione del lavoro e svolgimento del rapporto

Per la realizzazione del mandato sono stati aperti tre distinti "cantieri" facenti capo a fonti d'informazione specifiche con l'intento di riuscire a capire meglio e a quantificare i tre aspetti del fenomeno: le sospensioni, la morosità e l'insolvenza.

I risultati ottenuti sono presentati nel rapporto in tre rispettive parti.

Innanzitutto, si è provveduto ad aggiornare i dati relativi al conteggio degli *assicurati sospesi*, alla loro descrizione in termini socio-demografici e all'eventuale beneficio di sussidi o prestazioni sociali.

Nella *parte I* del rapporto sono quindi presentati gli aggiornamenti delle serie temporali fino a giugno 2010 e la descrizione della popolazione degli assicurati sospesi il 31 marzo 2010 (un anno esatto dopo la fotografia della stessa popolazione di riferimento scattata nello studio del 2009). Questi risultati saranno seguiti dallo studio della proporzione di sospesi nelle diverse categorie socio-demografiche disponibili (età, sesso e stato civile, nazionalità) e nelle diverse entità territoriali, politiche e amministrative (comuni, distretti e

zone dei premi). Questa parte sarà infine completata dalle informazioni disponibili riguardanti la durata e la frequenza delle sospensioni.

Nell'ambito del mandato del 2009, lo studio della situazione finanziaria degli assicurati sospesi quale fattore esplicativo della morosità e lo studio dell'insolvenza attestata (ACB) si erano basati, per motivi di tempistica, su dati campionari pre-esistenti e studi realizzati dall'allora responsabile dell'Ufficio assicurazioni malattia (UAM). In base all'esperienza acquisita nel precedente studio e grazie all'interesse che i quesiti rimasti irrisolti hanno suscitato in seno all'Amministrazione cantonale, nel corso del presente mandato è stato possibile:

- realizzare uno studio pilota nel quale si è provato a completare, con una procedura informatica, i dati degli assicurati sospesi con i dati delle loro dichiarazioni fiscali;
- compilare una statistica dei precetti esecutivi emessi dagli assicuratori, che ne descrive l'iter passando dalla domanda (o meno) di proseguimento dell'esecuzione fino all'eventuale attestazione di carenza beni (ACB).

La *parte II* del rapporto è dedicata allo studio pilota riguardante il completamento dei dati che si riferiscono agli assicurati sospesi con i dati delle loro dichiarazioni fiscali. Saranno presentati i risultati disponibili: reddito e sostanza, ripartiti secondo la dimensione numerica dell'economia domestica e la fonte principale del reddito (da lavoro stipendiato o da attività indipendente).

L'analisi della "demografia" dei precetti esecutivi emessi per il mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni come previsto dall'assicurazione malattia obbligatoria è invece l'argomento trattato nella *parte III* del rapporto. A seguito dell'esposizione del metodo di estrazione dei dati dalle otto banche dati distrettuali degli Uffici esecuzioni e fallimenti del Cantone, sono presentati il numero e il totale in franchi dei precetti esecutivi emessi annualmente dal 2006 in poi, delle domande di proseguimento della procedura di esecuzione, come pure il numero e l'importo in franchi delle domande che sfociano in ACB. È così possibile quantificare il nesso esistente tra la morosità e l'insolvenza.

Il rapporto si conclude con una serie di annotazioni relative all'evoluzione della situazione. In particolare bisognerà tenere conto dell'entrata in vigore del nuovo articolo di legge, prevista il 1° gennaio 2012, ma anche dell'entrata in vigore del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero, che dovrebbe avere una certa incidenza sul livello dei premi dell'assicurazione malattia, nonché delle nuove modalità di calcolo relative all'erogazione dei sussidi cantionali, che dovrebbero aiutare in modo più mirato gli assicurati nel pagamento dei premi mensili.

Parte I Assicurati sospesi, aggiornamento dei dati statistici

Questa parte del rapporto è dedicata alla presentazione delle cifre-chiave concernenti:

- *il numero degli assicurati morosi ai quali è stata sospesa la copertura assicurativa (ai sensi dell'articolo 64a LAMal in vigore dal 1° gennaio 2006) e sua evoluzione nel tempo;*
- *le caratteristiche socio demografiche degli assicurati sospesi;*
- *la proporzione di assicurati sospesi che percepiscono sussidi sui premi dell'assicurazione malattia o sono beneficiari di prestazioni sociali;*
- *la prevalenza della sospensione della copertura assicurativa nella popolazione adulta*
- *la durata e la frequenza dei periodi di sospensione della copertura assicurativa.*

Per quanto riguarda la costruzione dei set di dati utilizzati per le analisi presentate in questa parte del rapporto, così come per le avvertenze relative ai limiti dei dati disponibili e alla loro interpretazione, rimandiamo al capitolo 3 dello studio dello scorso anno (Egloff, 2009, pp.12-16). Ricordiamo che le possibili distorsioni rispetto alla stima numerica esatta del fenomeno derivano principalmente dalla qualità delle informazioni comunicate all'IAS dagli assicuratori. Per esempio, la comunicazione dei dati relativi alla sospensione del solo capofamiglia, titolare del contratto con la cassa malati, quando non è stato pagato l'insieme dei premi dell'intera famiglia, porta a una sottostima del fenomeno, mentre la mancata comunicazione della riammissione degli assicurati o del loro decesso determina una sovrastima del numero delle sospensioni attive.

Occorre anche ricordare che i dati illustrati presentano gli aspetti strutturali e le tendenze più importanti del fenomeno. I risultati dovranno essere interpretati come stime di parametri e di tendenze del fenomeno che si approssimano al meglio ai valori reali.

Numero degli assicurati sospesi

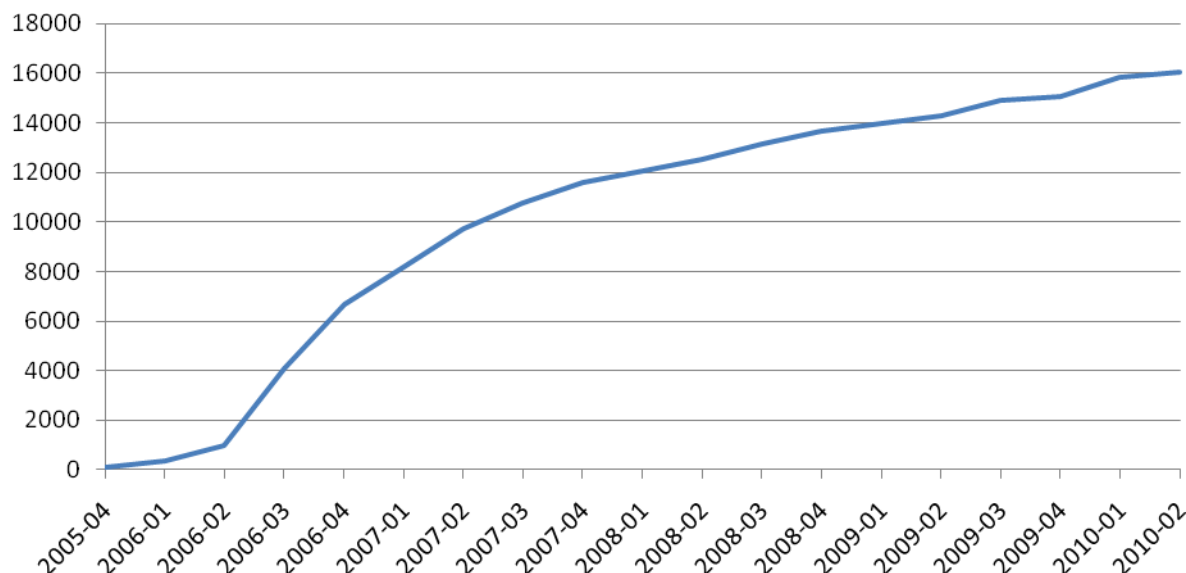
Nel corso del primo semestre del 2010, il numero degli assicurati sospesi in Ticino ha raggiunto la soglia delle 16'000 unità³. Questa cifra non ha fatto che aumentare dall'entrata in vigore dell'articolo 64a LAMal il 1° gennaio del 2006. La lettura del grafico G1 ("Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006" ⁴) mostra

³ Vedi l'avvertenza a pagina 17.

⁴ Nella serie temporale dei dati, aggiornata nel corso del mese di agosto 2010 per il presente studio, per la data del 1° gennaio 2006 si contano 1117 assicurati sospesi in meno di quanti erano stati calcolati per lo studio del 2009. Questo perché nel frattempo sono state sopresse 1117 sospensioni registrate nel sistema nel 2005 sulle quali pendevano dei ricorsi che nel frattempo si sono risolti con l'annullamento delle stesse. La curva del grafico del presente studio si situa quindi su dei valori più bassi. Lo scarto di 1117 unità all'origine va comunque via via riducendosi in quanto,

come l'effetto generato da questo cambiamento legislativo si misuri, in termini numerici molto importanti, a partire dal mese di luglio dello stesso anno.

G1 Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006 (conteggio a fine trimestre)



Con il tempo, si vede poi come la pendenza della curva vada viepiù ad appiattirsi, ciò che significa che l'incremento marginale del numero degli assicurati sospesi rappresenti una proporzione sempre più piccola rispetto al numero totale degli assicurati che si ritrovano senza la copertura assicurativa garantita dalle casse malattia. Da gennaio 2008, l'aumento trimestrale del numero totale degli assicurati sospesi è infatti inferiore al 5%.

L'aumento trimestrale attuale del numero totale degli assicurati sospesi, marginalmente circoscritto e proporzionalmente quasi irrisorio, può però prestarsi a delle interpretazioni fallaci. Esso infatti dipende molto dal numero di riammissioni nel circuito normale della copertura assicurativa, e per questo la politica di riammissione del Cantone gioca un ruolo non indifferente. L'IAS ha contribuito in larga misura alle 4780 riammissioni registrate dall'introduzione dell'articolo 64a LAMal nel gennaio del 2006, garantendo agli assicuratori la presa a carico del debito. Dall'entrata in vigore dell'articolo a fine maggio 2010 sono state inoltrate agli assicuratori ben 1305 lettere di garanzia (ricordiamo che una lettera di garanzia può valere per più persone).

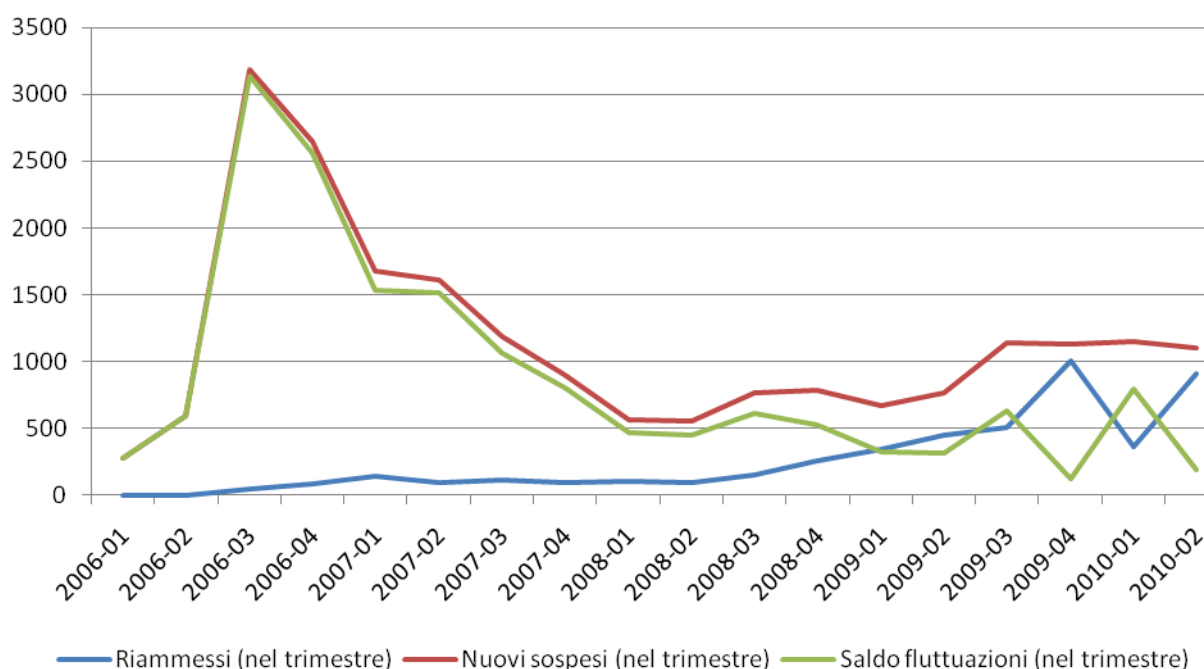
L'analisi del grafico G2 ("Nuovi sospesi e riammissioni trimestrali, evoluzione dallo 01.01.2006"), mostra infatti come il saldo delle fluttuazioni nel trimestre (linea verde), che rappresenta l'incremento marginale del numero totale degli assicurati sospesi, presenti un

verosimilmente, gli stessi assicurati morosi che hanno vinto la loro causa per il periodo antecedente il 1° gennaio 2006, rientrano parzialmente nella curva in data successiva. Per il 2008, inizio 2009, il numero aggiornato dei sospesi, rispetto al loro numero calcolato in aprile del 2009 è inferiore di sole 300/350 unità.

andamento “a specchio” rispetto al numero degli assicurati ai quali le casse malati tolgono la sospensione (linea blu), e questo risulta molto evidente dal mese di giugno del 2009 in poi.

Il dato che scaturisce da questo grafico e che risulta importante per comprendere la vera entità del fenomeno, e la sua evoluzione nel tempo, è quindi il numero di “nuove” sospensioni che le casse malati comunicano all’IAS ogni trimestre (linea rossa), e non l’incremento del numero totale dei sospesi. Dal grafico vediamo allora che il numero trimestrale di “nuovi sospesi”, dopo essere rimasto sotto le mille unità da ottobre del 2007 fino a giugno del 2009, dal mese di luglio del 2009 sembra essersi stabilizzato sulle 1150 unità.

G2 Nuovi sospesi e riammissioni trimestrali, evoluzione dallo 01.01.2006



In conclusione, dalle serie temporali analizzate emerge, dopo un effetto iniziale molto marcato, una successiva recrudescenza del fenomeno a partire da metà del 2009, rispetto al periodo precedente dove la tendenza sembrava essersi stabilizzata attorno a una media trimestrale di circa 750 “nuovi” sospesi. Altro dato significativo di queste serie di dati è la quasi inesistenza della riammissione dei sospesi nel circuito normale, e quando ciò accade lo si deve spesso all’intervento statale. Nel paragrafo riguardante “Durata e frequenza delle sospensioni” sono presentati altri dati a supporto di questa constatazione.

Avvertenza: Nella banca dati dell'IAS figurano dei minorenni sospesi dalle casse malati, ma che lo sono unicamente “tecnicamente” in quanto lo Stato garantisce loro la copertura assicurativa. Di fronte a questa situazione, le casse interessate sono state richiamate e si stanno allineando alle disposizioni cantonali. Sulla scorta dell'ordinamento cantonale (Reg. LCAMal art. 46 cpv 1), l'IAS garantisce infatti agli assicuratori il pagamento immediato dello scoperto dei minorenni su semplice richiesta o segnalazione della sospensione di un minorenne da una fonte terza (genitore, servizio sociale, ecc.) oppure, a maggior ragione, qualora dovessero necessitare di una qualsivoglia prestazione sanitaria che genera costi che rientrano nella copertura assicurativa di base.

La banca dati non permette di filtrare automaticamente i sospesi maggiorenni, che attualmente possono essere identificati solo grazie a studi ad hoc, come il presente. Il 31 marzo 2010 si contavano in Ticino 14'302 adulti maggiorenni la cui copertura assicurativa obbligatoria ai sensi della LAMal era stata sospesa, conformemente all'articolo 64a della stessa.

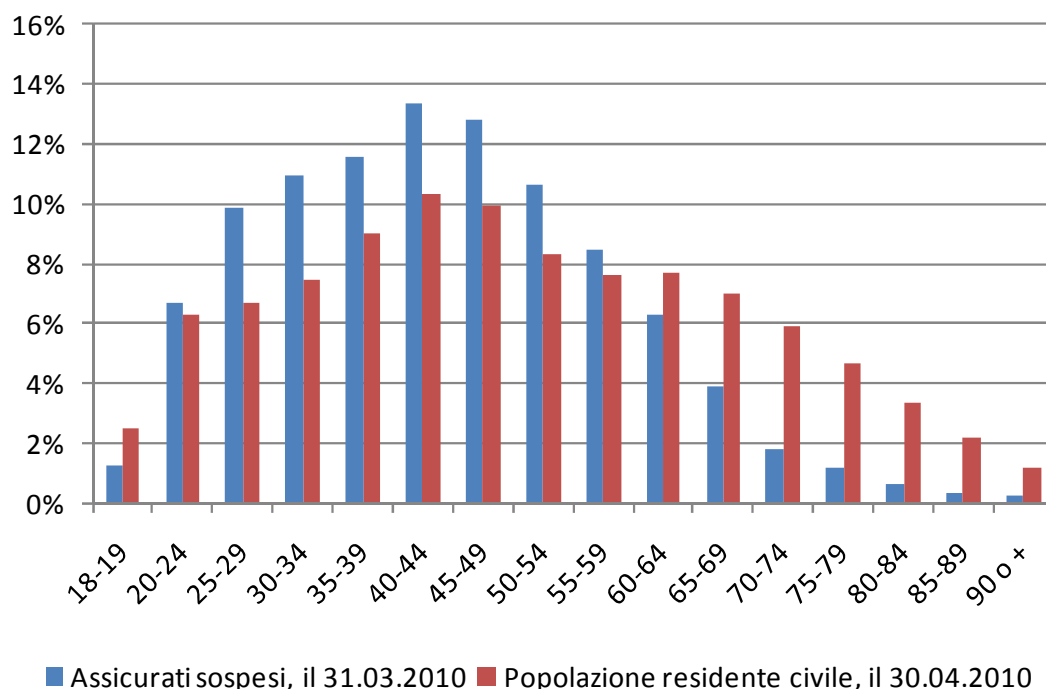
Descrizione della popolazione degli assicurati sospesi

I dati presentati in questo paragrafo riguardano la popolazione degli assicurati maggiorenni, che hanno quindi 18 anni o più, sospesi il 31 marzo 2010. Ai fini di mettere in evidenza delle caratteristiche particolari di questa popolazione, ne proponiamo il raffronto con la struttura della popolazione residente maggiorenne (popolazione di riferimento) che rappresenta una buona approssimazione della popolazione totale degli assicurati maggiorenni che sottostanno all'obbligo di contrarre secondo la LAMal.

Età

Nella popolazione degli assicurati sospesi le classi di età che vanno dai 25 ai 59 anni sono proporzionalmente (molto) più presenti (vedi grafico G3). Circa 11'100 dei 14'300 assicurati sospesi maggiorenni, e cioè circa 8 su 10 (78%) hanno un'età compresa tra i 25 e i 59 anni. Prima dei 20 anni e dopo i 59, ancor più dopo i 64, gli assicurati sospesi sono invece nettamente sottorappresentati, rispetto alla popolazione di riferimento. La fascia di età più toccata dal fenomeno è quella tipica della popolazione attiva (da 25 ai 59 anni), paradossalmente quella che in teoria dovrebbe produrre ricchezza.

G3 Distribuzione di frequenza degli assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10 e della popolazione residente civile maggiorenni il 30.04.10, secondo la classe d'età



Sesso e stato civile

Le donne, che nella popolazione residente civile rappresentano la maggioranza (52%) sono in minoranza tra gli assicurati morosi (40%). Questo potrebbe in parte essere dovuto alla distorsione dovuta dall'annuncio improprio della sospensione di un'intera famiglia da parte di certi assicuratori che non forniscono tutti i dettagli necessari sulle persone al di fuori di chi abbia firmato le polizze, verosimilmente spesso di sesso maschile (vedi Egloff, 2009, pp. 14-16). Nella popolazione residente inoltre le donne sono più numerose nelle fasce d'età più anziane laddove, si è visto, il fenomeno ha meno presa.

L'analisi del peso che assume tra gli assicurati sospesi lo stato civile (vedi tabella T1 "Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, secondo il sesso e lo stato civile"), mette in risalto come, ad eccezione delle vedove e dei vedovi, siano le persone sole, o in ogni caso non coniugate, che soffrono maggiormente del fenomeno: celibi e nubili, ma soprattutto le persone divorziate la cui proporzione tra gli assicurati sospesi è addirittura più del doppio rispetto alla popolazione residente (18,8%, *versus* 9,1%). Questo fa pensare che nella ricerca di spiegazioni riguardanti le cause del fenomeno, oltre ai problemi finanziari, entrino in gioco fattori come la stabilità della propria situazione personale o la responsabilità nei confronti di altre persone.

T1 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, secondo il sesso e lo stato civile

	Assicurati sospesi, il 31.03.10			Popolazione residente civile, il 30.04.10		
	Sesso		Totale	Sesso		Totale
	Donne	Uomini		Donne	Uomini	
Stato civile Celibe /Nubile	1753 30.6%	3309 38.6%	5062 35.4%	37347 25.8%	41891 31.5%	79238 28.6%
Coniugato/a	2453 42.8%	3669 42.8%	6122 42.8%	74560 51.6%	77138 58.0%	151698 54.7%
Divorziato/a	1207 21.1%	1478 17.2%	2685 18.8%	14852 10.3%	10284 7.7%	25136 9.1%
Vedovo/a	310 5.4%	109 1.3%	419 3.0%	17773 3.0%	3482 3.0%	21255 3.0%
Unione domestica (ricon. o sciolta)	2 .0%	9 .1%	11 .1%	43 .0%	135 .1%	178 .1%
Totale	5725 100.0%	8574 100.0%	14299 100.0%	144575 100.0%	132930 100.0%	277505 100.0%

Rispetto alle tabelle T2, T3 e T4, i totali di T1 sono leggermente inferiori a causa della mancanza di indicazioni relative allo stato civile di qualche persona.

Nazionalità

Quasi la metà degli assicurati sospesi recensiti il 31 marzo 2010 sono di nazionalità straniera (46%) allorquando non rappresentano che un quarto della popolazione residente civile (27%). Questo risultato può sicuramente essere ricondotto in grandissima parte alla situazione finanziaria della popolazione straniera, proporzionalmente più precaria rispetto alla situazione della popolazione svizzera in generale. A titolo indicativo, ricordiamo che nel 2008 (dati più recenti disponibili), il salario mensile mediano standardizzato degli stranieri in Ticino era di 4983 franchi, mentre quello degli svizzeri raggiungeva i 5555 franchi (valore questo sotto al quale si trovavano circa i $\frac{3}{4}$ dei salari degli stranieri)⁵. A questo proposito è interessante segnalare che gli svizzeri naturalizzati sono proporzionalmente pochi tra gli assicurati sospesi rispetto al loro peso nell'insieme della popolazione: la metà circa (3,9%, *versus* 6,8%).

Beneficiari di una riduzione dei premi dell'assicurazione malattie

Tra gli assicurati maggiorenni sospesi il 31 marzo 2010, un terzo circa (32%) beneficia di una riduzione del premio (vedi tabella T3 "Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia").

⁵ Fonte: Ufficio federale di statistica, Encyclopédie statistique de la Suisse: tabella "je-f-03.04.01.71.12"

T2 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, secondo la nazionalità

		Assicurati sospesi, il 31.03.10	Popolazione residente civile, il 30.04.10
Nazionalità	Svizzeri	7203 50.4%	183807 66.2%
	Svizzeri naturalizzati	557 3.9%	18872 6.8%
	Stranieri	6542 45.7%	74830 27.0%
Totale		14302 100.0%	277509 100.0%

Questo dato solleva diversi interrogativi ai quali non è facile dare una risposta, per lo meno con i dati amministrativi disponibili. Da una parte, la riduzione del premio sta a dimostrare che il servizio preposto, dopo aver esaminato attentamente la richiesta, ha stabilito che la situazione finanziaria dell'assicurato è talmente precaria da giustificare l'ottenimento di questa prestazione. D'altra parte, apparentemente, la riduzione di premio non basta perché l'assicurato rientri nel circuito normale e gli si riconosca la copertura assicurativa. Ci si può quindi chiedere se l'importo della riduzione sia sufficiente. È vero inoltre che il mancato pagamento dei premi non è l'unica causa possibile della sospensione: anche il mancato versamento della partecipazione ai costi porta alla sospensione della copertura, fenomeno questo che non può essere quantificato con i dati disponibili.

T3 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia

Stato istanza RIPAM	Assicurati sospesi, il 31.03.10	
	Frequenza	Percentuale
Nessuna richiesta	8793	61.5%
Richiesta accolta	4543	31.8%
Richiesta respinta	492	3.4%
Richiesta non evasa	474	3.3%
Totale	14302	100.0%

Ricordiamo pure che anche se l'assicurato sospeso, o chi per esso, ricomincia a versare regolarmente i premi dovuti, gli saranno riconosciute le prestazioni assicurative solo il giorno in cui avrà sanato completamente la sua situazione. Vale a dire, solo quando, oltre ai premi arretrati, avrà pagato integralmente anche le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione. Un assicurato per il quale lo Stato paga direttamente i

premi all'assicuratore, o nel caso in cui questi ultimi dovessero essere prelevati alla fonte, non sarà obbligatoriamente riammesso, non sparirà forzatamente dalle statistiche degli assicurati sospesi. Queste considerazioni valgono anche per la gestione del versamento delle altre prestazioni sociali. Nel caso di debiti pregressi, il pagamento diretto dei premi e/o delle fatture delle casse malattia da parte dei servizi sociali non cancella la sospensione; potrà tutt'al più arginare il debito nei confronti dell'assicuratore. Perché l'assicurato possa beneficiare della copertura assicurativa obbligatoria prevista dalla LAMal, bisognerà procedere a sanare completamente la situazione dell'assicurato.

Beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS

Tra gli aiuti statali dei quali potrebbero beneficiare gli assicurati sospesi, oltre alla partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie prevista dalla LAMal e dalla LCAMal appena analizzata nel paragrafo precedente, le prestazioni ai sensi della LAPS prese in considerazione in questo rapporto sono:

- l'assegno integrativo previsto dalla Legge sugli assegni di famiglia (AFI)
- l'assegno di prima infanzia previsto dalla Legge sugli assegni di famiglia (API)
- le prestazioni assistenziali previste dalla Legge sull'assistenza sociale (USSI)

Nella tabella T4 si osserva che 1774 assicurati sospesi maggiorenni su 14302, poco più del 12%, beneficiano di prestazioni sociali, assegni di famiglia o prestazioni assistenziali. La fetta più importante è rappresentata dai beneficiari di prestazioni assistenziali (USSI): 1129, circa l'8%. La proporzione di assicurati sospesi che non beneficiano di nessuna prestazione sociale è comunque molto elevata (88%, circa 9 su 10). Come per la riduzione del premio, ci si può domandare se tra gli assicurati sospesi non ce ne siano che potrebbero beneficiare di prestazioni sociali onde evitare la sospensione della copertura assicurativa ai sensi della LAMal.

T4 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS

Prestazione sociale, secondo la LAPS	Assicurati sospesi, il 31.03.10	
	Frequenza	Percentuale
Nessuna	12528	87.6%
AFI	429	3.0%
AFI + API	216	1.5%
AFI + USSI	159	1.1%
USSI	970	6.8%
Totale	14302	100.0%

Proporzione di assicurati sospesi nella popolazione

La proporzione, in termini percentuali, del fenomeno della sospensione della copertura assicurativa nell'insieme della popolazione ticinese tenuta all'obbligo di contrarre l'assicurazione malattie ai sensi della LAMal è stata stimata dividendo il totale degli assicurati sospesi per il totale della popolazione residente civile. Così, la proporzione della sospensione della copertura assicurativa dei maggiorenni il 31 marzo 2010, e cioè di chi è responsabile personalmente del rispetto dell'obbligo assicurativo, è pari al 5,15%.

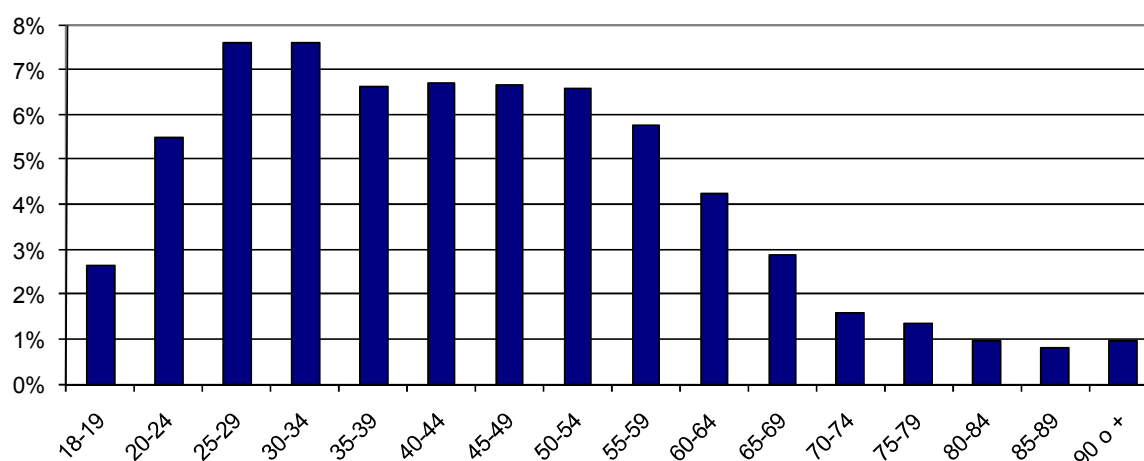
Considerando questi ordini di grandezza e semplificando la loro trasposizione in un linguaggio più figurato, si può affermare che poco più di un adulto su 20 è attualmente privo della copertura assicurativa obbligatoria. A inizio 2007, la proporzione era di “solo” un sospeso ogni 35 assicurati circa (prevalenza del 2,9%), a inizio 2008 era già cresciuta a un sospeso ogni 25 assicurati (prevalenza del 4,1%).

Al fine di quantificare e confrontare direttamente la prevalenza del fenomeno nelle diverse categorie socio-demografiche, la si è calcolata per tutte le modalità delle variabili utilizzate per la descrizione della popolazione degli assicurati sospesi (vedi pagina 17)

Età

Il confronto della percentuale degli assicurati sospesi nelle diverse classi, mostra come il fenomeno sia molto più presente tra coloro che hanno un'età compresa tra i 25 e i 54 anni: in queste fasce d'età la prevalenza dei sospesi è superiore a 6,5 % (un assicurato su quindici). Particolarmente toccate sono le fasce tra i 25 e i 34 anni dove si registra una prevalenza del 7,6% (un assicurato ogni tredici).

G4 **Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10, secondo la classe d'età**



Con il progredire dell'età il fenomeno sembra perdere d'importanza scendendo sotto il 2% per gli anziani di 70 anni e più.

Sesso e stato civile

In primo luogo si costata che, indipendentemente dallo stato civile, gli uomini sono più toccati dal fenomeno rispetto alle donne (vedi tabella T5). A questo proposito, ci si può domandare se questi risultati sono lo specchio di disparità oggettive sul piano finanziario, oppure se entrano in gioco eventuali valori, atteggiamenti e comportamenti diversi tra uomini e donne nei confronti della sicurezza e la solidarietà sociale, della malattia e della salute.

T5 **Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10, secondo il sesso e lo stato civile**

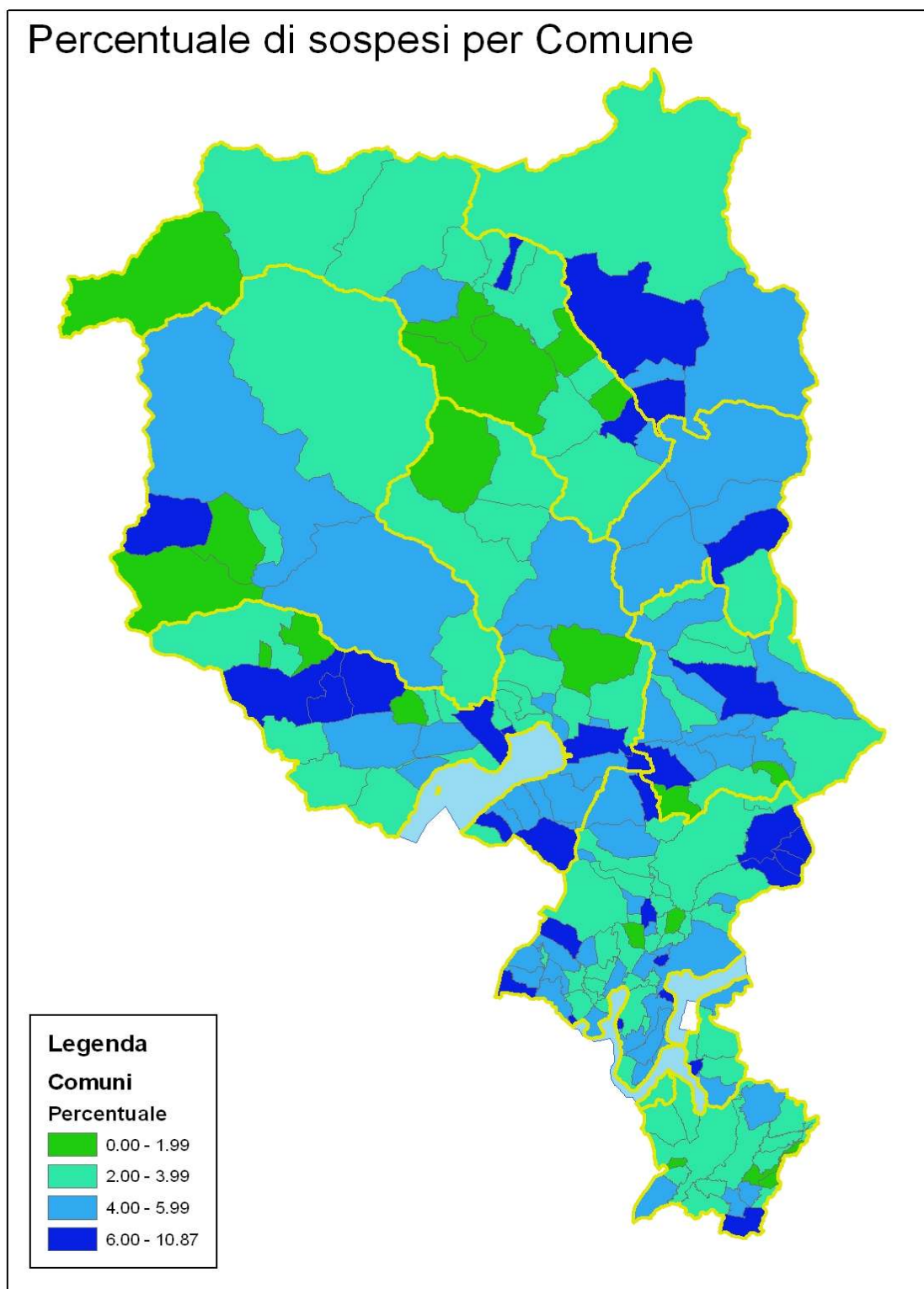
	Donne	Uomini	Totale
Celibe /Nubile	4.7%	7.9%	6.4%
Coniugato/a	3.3%	4.8%	4.0%
Divorziato/a	8.1%	14.4%	10.7%
Vedovo/a	1.7%	3.1%	2.0%
Unione domestica	4.7%	6.7%	6.2%
Totale	4.0%	6.5%	5.2%

In secondo luogo, salta all'occhio il tasso estremamente alto di sospesi tra le persone divorziate (10,7%). Seppure il tasso di assicurate sospese tra le donne divorziate sia molto alto (8,1%, una donna divorziata ogni 12), quello tra gli uomini divorziati è quasi il doppio (14,4%, un po' più di un uomo divorziato su 7). Questo solleva una serie di quesiti ai quali bisognerebbe rispondere con ricerche più mirate. Come evidenziato nello studio del 2009, questo dato mette probabilmente il dito su una lacuna del sistema di sicurezza sociale che non prevede delle risposte alle situazioni difficili alle quali è confrontata questa categoria di persone. Se chi si trova con i figli a carico può beneficiare di assegni familiari e, se del caso, può domandare un anticipo degli alimenti, chi rimane solo e deve provvedere agli alimenti potrebbe trovarsi in situazioni molto critiche prive di sostegno istituzionale.

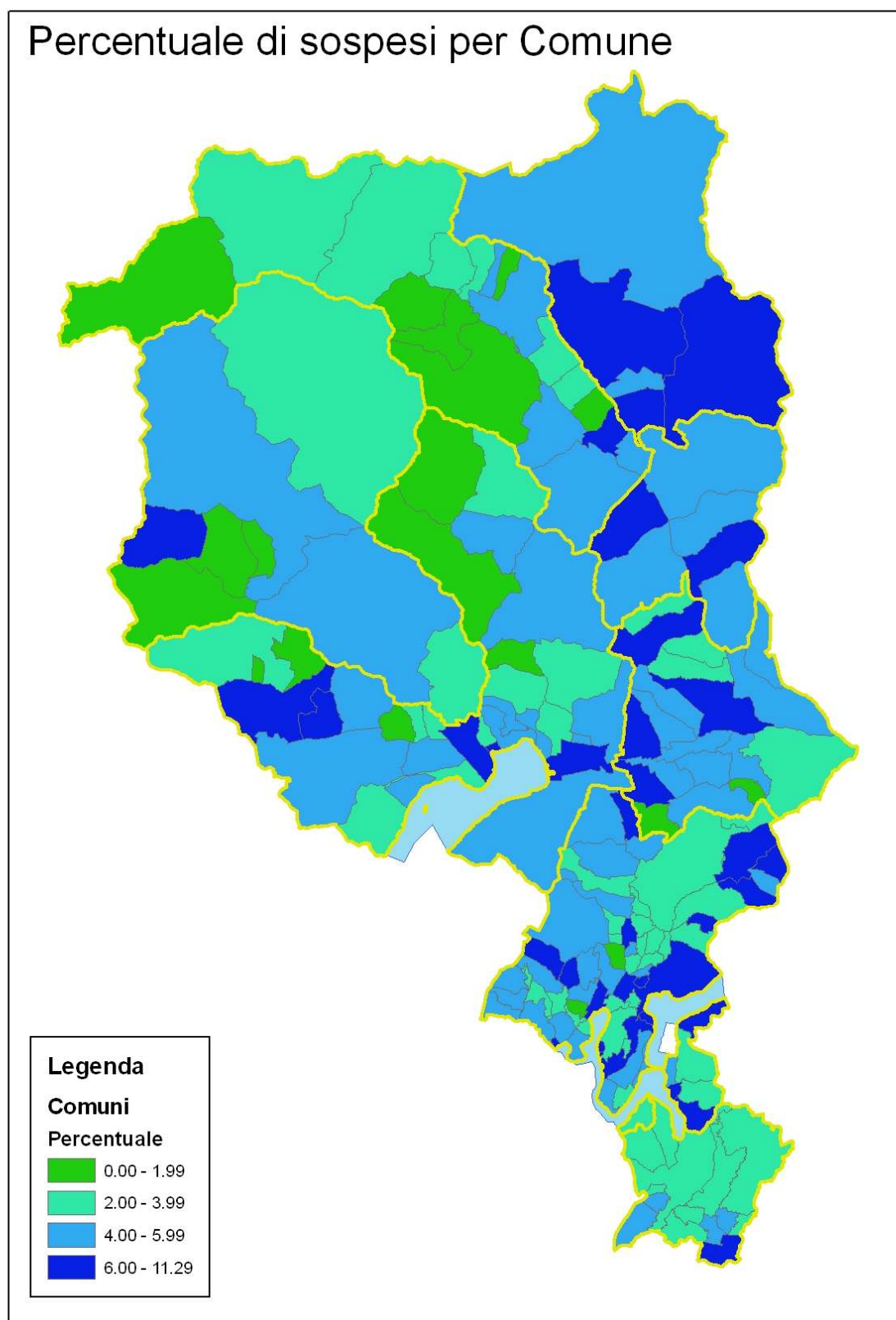
Nazionalità

La proporzione di sospesi tra gli stranieri è praticamente il doppio di quella registrata nella popolazione svizzera dalla nascita (8,7%, *versus* 3,9%). È interessante rilevare che tra gli svizzeri che si sono naturalizzati, la proporzione di sospesi è molto bassa (3%). Come detto sopra (p. 19), la situazione socio-economica è sicuramente un fattore determinante di questa situazione.

C1 **Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.09 per Comune**

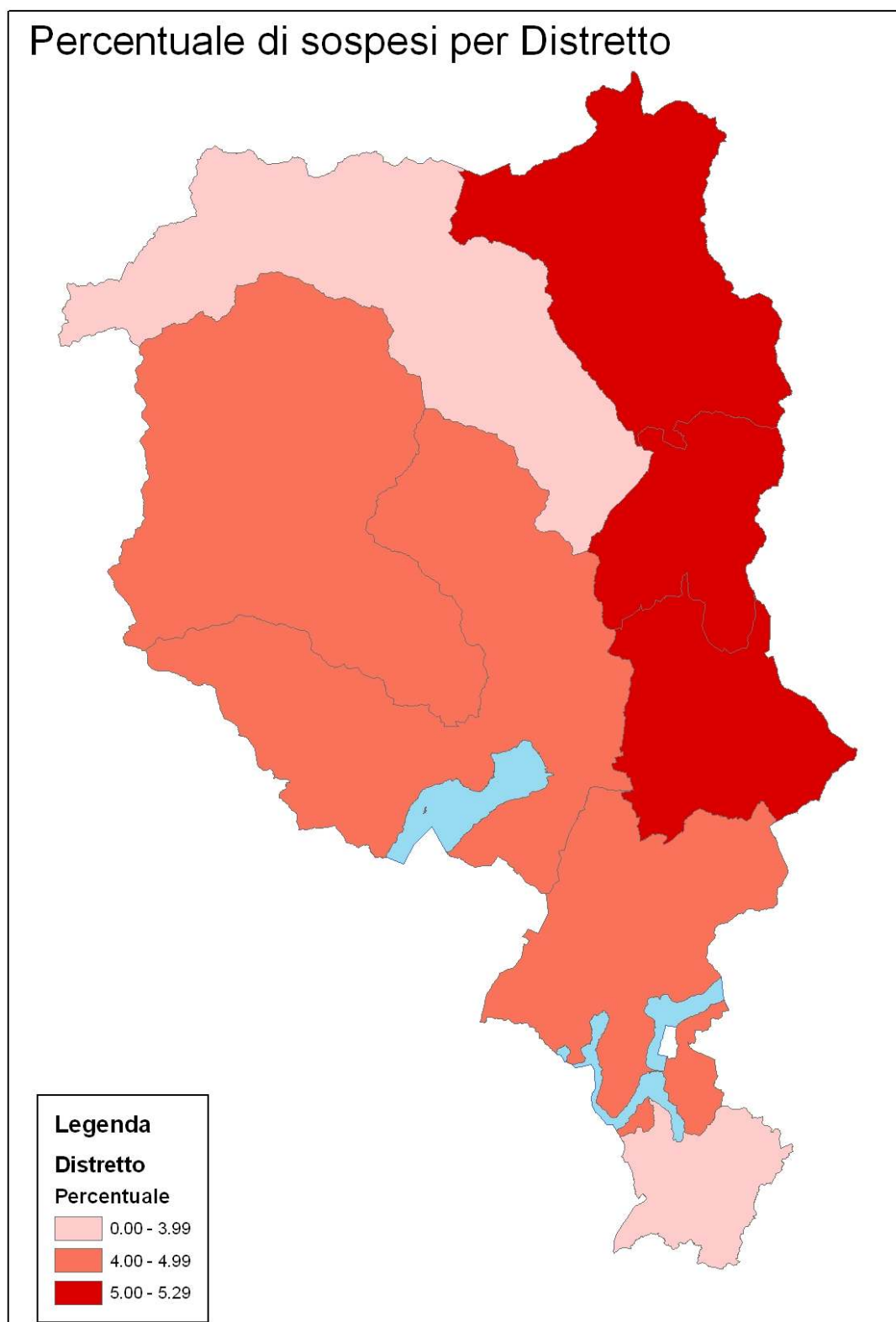


C2 **Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10 per Comune**



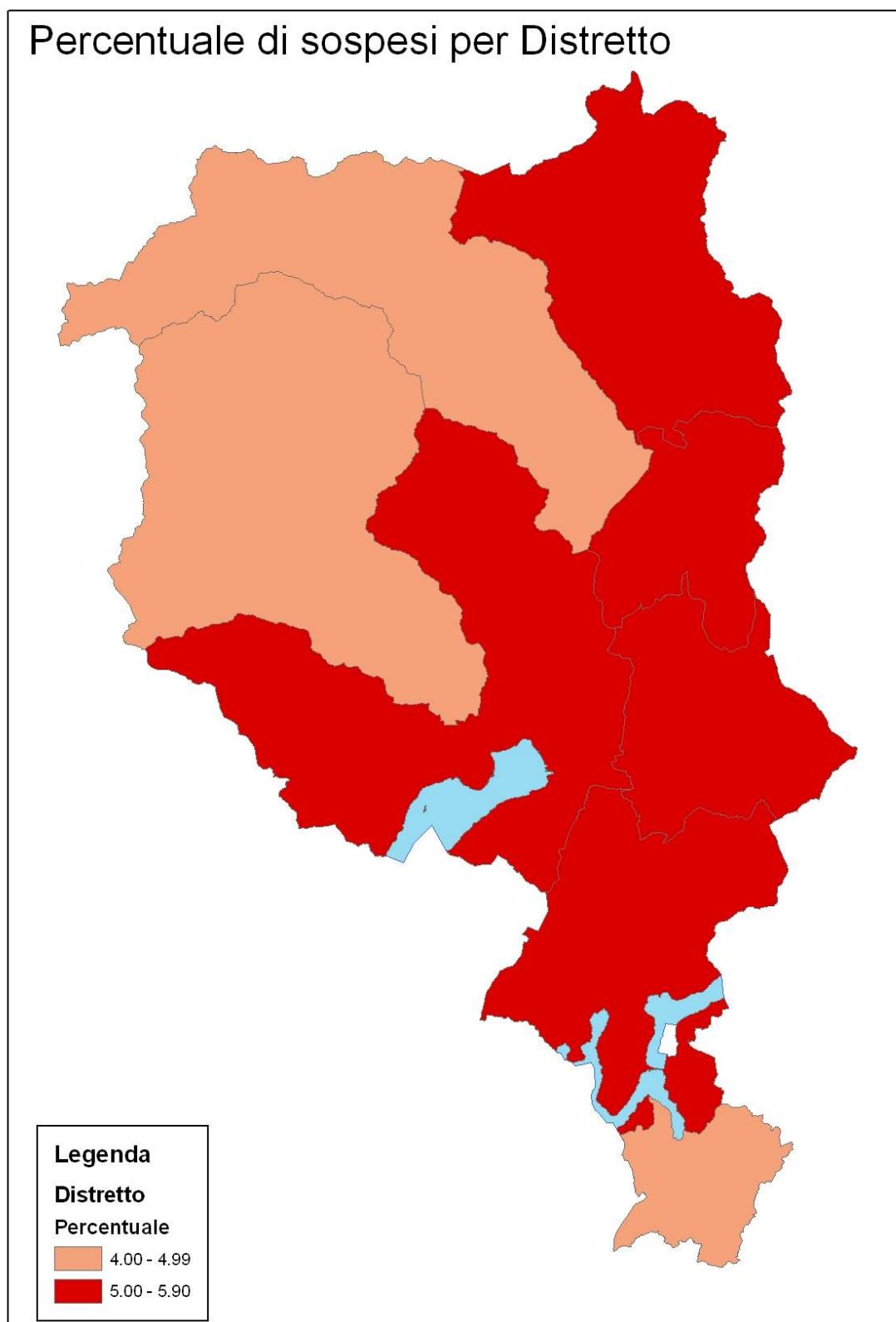
C3 **Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.09**

per Distretto



C4 Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10

per Distretto



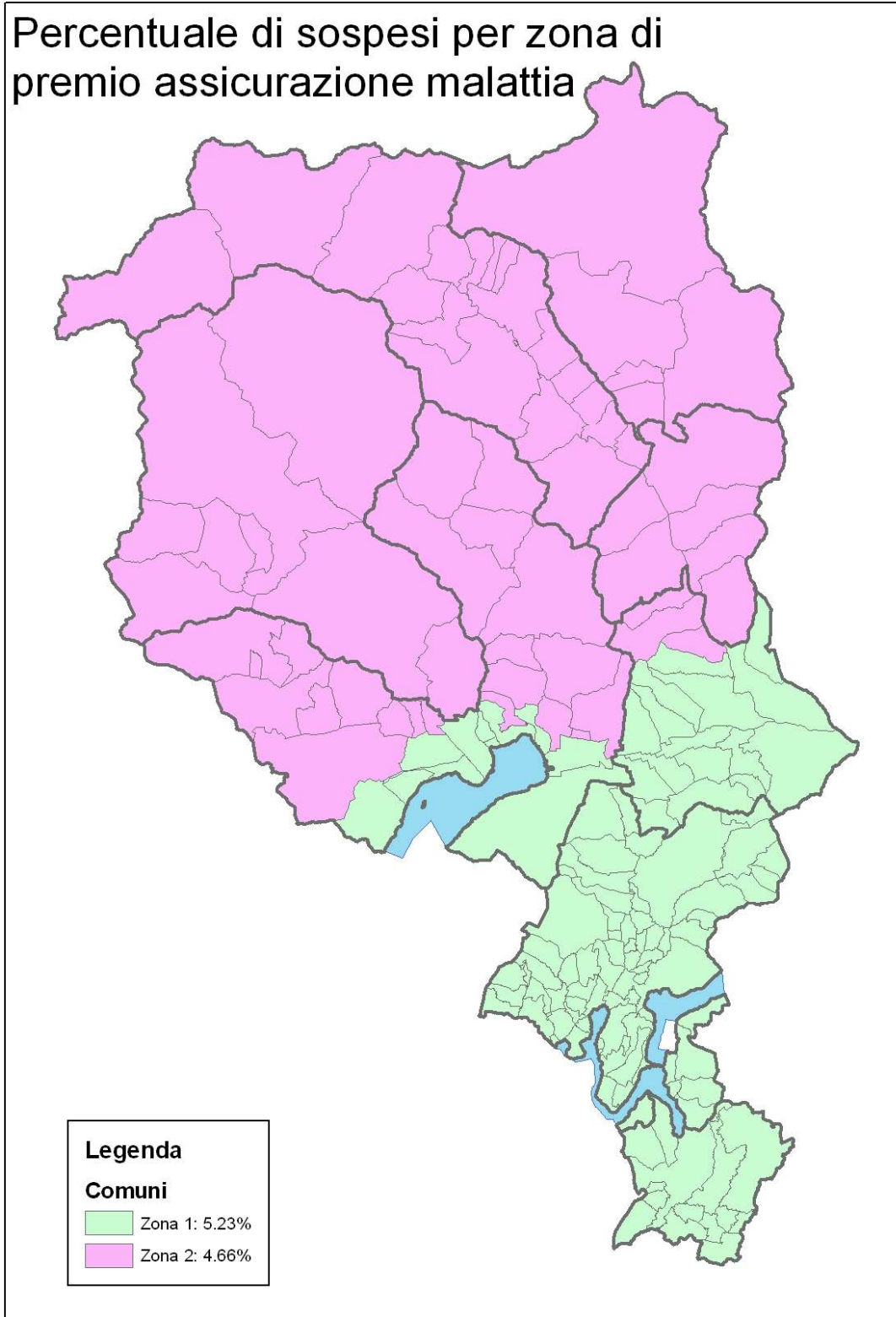
Domicilio

Nelle pagine seguenti sono riportate le cartine che rappresentano la distribuzione delle frequenze degli assicurati sospesi sul territorio cantonale. Il risultato mostra come il fenomeno degli assicurati morosi tocchi tutto il territorio cantonale nel suo insieme.

Nella cartina C2 “Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10 per Comune, ” (p. 25), si vede quanto il fenomeno sia capillare e quanto sia difficile trovare una logica “territoriale”. In effetti, si può notare come non solo nei Comuni delle città più importanti si registrino dei tassi elevati, ma anche in certe regioni periferiche e di montagna, magari in Comuni adiacenti ad altri dove il tasso figura tra i più bassi. Confrontando la cartina C2 con la cartina C1 (p. 24), dov'è rappresentata la situazione comunale esattamente 12 mesi prima, ci si rende conto che le variazioni registrate, positive o negative, non si spiegano facilmente. In diversi Comuni la percentuale degli assicurati sospesi è diminuita: se a fine marzo del 2009 solo tre Comuni ticinesi non contavano assicurati sospesi tra i loro abitanti maggiorenni, a fine marzo del 2010 il loro numero era salito a dieci. Globalmente però, come abbiamo visto in precedenza, il fenomeno si è aggravato. Le cartine che rappresentano i dati aggregati per distretto (C3 e C4, pagine 26 e 27) confermano la tendenza: rispetto all'anno precedente, a fine marzo 2010 in nessun distretto la percentuale di sospesi era inferiore a 4%, mentre il numero di distretti la cui percentuale è superiore a 5% è passato da tre a cinque. I tre distretti nei quali la proporzione di sospesi tra gli adulti superava già l'anno scorso la soglia del 5%, anche quest'anno presentano i valori più alti (Bellinzona, 5,9%; Blenio, 5,8% e Riviera, 5,6%).

Nemmeno l'abitare in una zona di premi piuttosto che nell'altra spiega le variazioni osservate a livello comunale. Infatti, benché si registri una differenza di più di mezzo punto percentuale tra il tasso di morosità dei maggiorenni della zona di premi 1 (la più cara, dove vive l'85% della popolazione maggiorenne del Cantone) e la zona di premi 2, rispettivamente 5,23% e 4,66% (vedi la ripartizione del Cantone nelle due zone nella cartina C5 “Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10 per zona di premi, ”, p. 29), la dispersione dei valori dei singoli Comuni attorno ai valori medi è tale da non poter considerare la zona premi come il fattore esplicativo della proporzione di assicurati sospesi. Nella zona 1 la percentuale comunale di assicurati sospesi va da 0,96% a 9,66%, mentre nella zona 2 da 0,0% (tutt'e dieci i Comuni privi di assicurati sospesi si trovano nella zona 2 a ben 11,29%).

C5 **Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10**
zona dei premi



Durata e frequenza delle sospensioni

Oltre al numero assoluto e alla proporzione di assicurati sospesi nella popolazione, la durata delle sospensioni stesse rappresenta un'ulteriore dimensione importante del fenomeno. Essere sospeso "accidentalmente" per pochi mesi ha sicuramente un'altra valenza che esserlo da anni senza la prospettiva di poter sanare un giorno la propria situazione.

Per approfondire questo aspetto, ci si è interrogati anche sulla frequenza delle sospensioni, e in particolare si è cercato di capire se gli assicurati, che in un modo o nell'altro ritornano nel circuito normale ricadono in seguito di nuovo nella stessa situazione.

Durata delle sospensioni

Per durata s'intende il periodo, espresso in numero di mesi interi, passato dal momento dell'annuncio all'IAS fino al 31 marzo 2010, per le sospensioni in corso; fino all'annuncio della riammissione, se questa è avvenuta durante il 1° trimestre del 2010.

La durata così espressa non corrisponde esattamente al periodo in cui non sono stati versati i premi. Di sicuro intercorre un certo periodo tra il mancato pagamento dei premi e l'annuncio all'IAS. Bisogna quindi fare attenzione al fatto che i dati qui riportati possono essere sistematicamente sottostimati di qualche mese.

Il confronto della durata delle sospensioni in corso (14'302) con quella delle sospensioni appena revocate (264 casi) conferma i risultati dello scorso anno (Egloff, 2009, pp. 40-42). Le sospensioni in corso lo sono, in generale, da molti mesi: 3/4 di queste hanno una durata uguale o superiore a 17 mesi. Questo significa che il 75% degli assicurati che sono sospesi il 31 marzo 2010 sono senza copertura assicurativa da almeno un anno e mezzo. La metà dei sospesi lo è da quasi tre anni, ovvero da 34 mesi. Un quarto addirittura è sospeso da più di 3 anni e mezzo (41 mesi)

Per le sospensioni appena terminate (assicurati riammessi durante il primo trimestre del 2010) la situazione è notevolmente diversa. Di norma la durata della sospensione appena revocata è più corta. Un quarto delle sospensioni cancellate nel 1° trimestre del 2010 ha raggiunto la durata di un mese o poco più. Per più della metà dei riammessi, la sospensione è durata circa un trimestre al massimo. Solo un quarto dei riammessi registrava una sospensione di lunga durata (18 mesi o più).

I risultati dell'analisi della durata delle sospensioni evidenziano quindi che le poche riammissioni censite intervengono generalmente in tempi brevi, se non brevissimi: più

della metà delle sospensioni sono revocate dopo pochi mesi. La stragrande maggioranza di chi invece è sospeso, lo rimane.

Frequenza delle sospensioni

Con lo studio della frequenza delle sospensioni s'intende misurare una sorta di "tasso di recidiva". Si vuole vedere in che misura la revoca di una sospensione possa essere considerata come il risultato di una certa ritrovata solidità finanziaria che metta al riparo da spiacevoli future "ricadute".

I risultati ottenuti non fanno che confermare le costatazioni fatte sulla durata delle sospensioni. Come si è visto, chi viene sospeso in genere lo rimane, e quindi non c'è da stupirsi che praticamente non si contino sospensioni pregresse tra gli assicurati sospesi (96% degli assicurati sospesi al 31 marzo 2010 non sono mai stati sospesi prima delle sospensione in corso; il 3% lo è stato una volta, mentre solo l'1% lo è stato due o più volte). Tra i riammessi nel corso del trimestre, si calcola invece una quota del 34% circa di assicurati che in passato erano già stati sospesi una o più volte; il 9% era già stato sospeso almeno due volte. Questo significa che a complemento della numerosissima popolazione dei "sospesi permanenti", si debba pure fare i conti con una popolazione, proporzionalmente molto meno importante di "sospesi periodici" la cui situazione non è tale da non poter uscire dalla morosità, ma nemmeno da esserne al riparo definitivamente.

Sommando le conclusioni dell'analisi della durata e della frequenza delle sospensioni, le conseguenze dell'articolo 64a LAMal in vigore sembrano quindi irreversibili, salvo rare eccezioni.

Parte II Situazione finanziaria degli assicurati sospesi

Questa parte del rapporto è dedicata alla presentazione dei risultati di uno studio pilota teso all'analisi della situazione finanziaria (reddito e sostanza) degli assicurati sospesi.

La situazione finanziaria degli assicurati sospesi e la loro integrazione o meno nel mondo del lavoro sono senz'altro degli aspetti importanti da indagare nello studio del fenomeno. Non fosse altro che perché la concezione stessa e la messa in vigore il 1° gennaio 2006 dell'articolo 64a LAMal miravano a modificare il comportamento, con la minaccia della sospensione della copertura assicurativa, di quella categoria di assicurati che non onorano il loro contratto nei confronti delle casse malattia e non saldano i loro debiti nonostante abbiano le risorse per farlo. Diventa quindi importante valutare in che misura i morosi siano effettivamente solvibili.

Nel dibattito politico è stata inoltre più volte formulata l'ipotesi del prelievo dei premi alla fonte, esaminata nel messaggio del Consiglio di Stato del 4 novembre 2008 concernente la modifica del Decreto legislativo (2008). Quest'ipotesi si fonda sulla supposizione che esista una fetta importante di sospesi, perché il provvedimento abbia un senso, che sono salariati, e il cui stipendio permetta di prelevare i premi dovuti alle casse malati senza che ciò abbia delle ripercussioni economiche gravi per l'assicurato e, eventualmente, per la sua famiglia. È evidente che prima di investire in questo tipo di misure, bisogna poter quantificare con una certa precisione il tipo e il livello di reddito sul quale poggiano le economie domestiche degli assicurati sospesi.

Analisi dei redditi

Per saperne di più sulla partecipazione degli assicurati sospesi al mondo del lavoro, sui loro redditi e la loro sostanza, abbiamo proceduto, entro i limiti delle dovute autorizzazioni, al completamento dei dati relativi agli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 con i dati relativi alle loro dichiarazioni fiscali 2005. Il file di dati ottenuto permette di analizzare la situazione finanziaria di 4631 assicurati sospesi il 31 marzo del 2007, con riferimento a poco più di un anno prima. Chiaramente, in questo lasso di tempo la situazione personale ed economica di parte di essi potrebbe essere cambiata anche di molto. E magari la causa della sospensione della loro copertura assicurativa risiede proprio in questi cambiamenti. Pensiamo tuttavia, che la fotografia che possiamo fare in generale della loro situazione finanziaria del 2005 ci permetta di capire meglio chi siano, da dove traggano i loro redditi e qual è il livello delle risorse delle quali dispongono.

Dalla tabella T6, si può notare come il completamento dei dati degli assicurati sospesi con i loro dati fiscali abbia avuto più successo per gli uomini che per le donne (69%, versus

44% dei casi). Tuttavia, all'eccezione delle assicurate sospese coniugate, dove il completamento è stato possibile solo una volta su cinque (22%)⁶, per le altre categorie il risultato supera sempre il 50%, anche per le donne. Se si considerano le tre categorie più numerose (celibi/nubili, coniugati e divorziati) è stato possibile completare i dati di almeno sei assicurati sospesi su dieci. Pragmaticamente, questo risultato ci permette di affermare, vista la quantità delle osservazioni, che si possono comunque trarre delle indicazioni utili e interessanti sulla situazione finanziaria degli assicurati sospesi, sebbene il sottoinsieme ottenuto non costituisca un campione probabilistico dell'universo di riferimento e che quindi non si possano fare delle inferenze dalle statistiche descrittive calcolate sui dati disponibili.

T6 Completamento dei dati relativi agli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 con i loro dati fiscali 2005.

	Sospesi il 31.03.2007 (totale)		Sospesi il 31.03.2007 (appaiati ai dati fiscali 2005)		Tasso di riuscita dell'appaiamento	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Celibe /Nubile	899	1748	588	1219	65%	70%
Coniugato/a	1372	2149	306	1443	22%	67%
Divorziato/a	622	798	364	593	59%	74%
Vedovo/a	148	54	80	36	54%	67%
Unione dom.	1	1	1	1	100%	100%
Totale	3042	4750	1339	3292	44%	69%

Fonte dei redditi

Una prima indicazione interessante concerne la fonte dei redditi. Dei 4631 assicurati sospesi il 31 marzo 2007, dei quali sono state recuperate le informazioni dell'anno fiscale 2005, solo due terzi (65%) apparteneva a un'economia domestica il cui reddito principale proveniva dal lavoro (51% unicamente da attività dipendente, 11% unicamente da attività indipendente e 3% da attività dipendente e indipendente). Un terzo degli assicurati sospesi di cui si conosce la situazione fiscale del 2005 viveva invece di redditi non provenienti dal lavoro (pensioni, rendite AVS e AI, rendite vitalizie e altre rendite, AFI, API) oppure era tassata d'ufficio per cui è stato impossibile ripartirla nelle categorie dei dipendenti o degli indipendenti (vedi T7). Nel capitolo successivo sui redditi si vedrà che questa categoria, benché richieda di essere conosciuta e identificata meglio in eventuali studi futuri, presenta delle caratteristiche molto preoccupanti che meritano di essere presentate in questo rapporto.

⁶ Questo risultato era prevedibile visto che nei coniugati è generalmente il marito che figura come primo titolare della dichiarazione fiscale.

Questo risultato, benché non generalizzabile direttamente a tutti gli assicurati sospesi, mostra che una fetta relativamente importante di sospesi non è stipendiato o non aveva compilato la dichiarazione fiscale. Oltre alle riserve elencate nel messaggio governativo del 4 novembre 2008 (messaggio n. 6138), questi dati sono un'ulteriore conferma della portata relativa dell'ipotesi dell'istituzione del prelievo alla fonte dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria quale antidoto alla morosità e alla sospensione della copertura assicurativa.

T7 Fonte principale dei redditi 2005
degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 (sottoinsieme)

	N	%
Né salariati né indipendenti	1639	35%
Indipendenti	507	11%
Salariati	2349	51%
Salariati e indipendenti	136	3%
Totale	4631	100%

Reddito netto, reddito disponibile residuale

Anche le informazioni sul reddito e la sostanza dichiarate nel 2005 dagli assicurati sospesi a inizio 2007 consentono di trarre indicazioni interessanti.

L'analisi del reddito è stata condotta tenendo conto contemporaneamente della fonte e della tipologia dell'economia domestica alla quale si riferisce.

Economia domestica di una persona (ED1)⁷

I dati dei 2772 assicurati sospesi (sui 4631 analizzati) che vivevano da soli il 31 dicembre del 2005 evidenziano una spaccatura netta tra chi dichiara di beneficiare di un reddito da attività dipendente o indipendente e chi beneficia di redditi d'altro tipo o è stato tassato d'ufficio (vedi Tabella T8). Il reddito mediano annuo dei primi (1579 individui), al netto dei contributi legali riguardanti le assicurazioni sociali (AVS, AI, IPG e AD), si situa attorno ai 39'000 CHF, mentre quello dei secondi (1193 individui) si attesta attorno a 21'700 CHF, circa 17'000 CHF in meno all'anno. In altri termini, se la metà degli assicurati sospesi che dichiaravano reddito da lavoro disponeva di un importo netto mensile inferiore a 3250 CHF (valore mediano), la metà di coloro che dichiaravano altre fonti di reddito o erano tassati d'ufficio, disponeva di un importo mensile che raggiungeva al massimo 1800 CHF.

⁷ Parlare di economia domestica di una persona è una semplificazione in quanto dei contribuenti soli (celibi, divorziati o vedovi) potrebbero benissimo convivere in economie domestiche con più persone.

Per stimare meglio il reddito disponibile residuale di queste persone, secondo i criteri definiti nella LAPS, oltre i contributi sociali (AVS, AI, IPG, AD, già dedotti), bisognerebbe ancora detrarre altre spese vincolate importanti quali la spesa dell'alloggio e i premi per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie. A titolo indicativo, in Ticino, nel 2000 la pigione netta media di un'economia domestica di una persona era pari a 818 CHF al mese, la pigione lorda media (che include una quota per le spese accessorie) era di 941 CHF al mese (Sartoris, 2006, p. 43)⁸. Nel 2005 i valori medi mensili dei premi dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie per il Ticino erano di 343 CHF per gli adulti oltre i 25 anni.⁹¹⁰

Il reddito disponibile residuale mediano teorico di un assicurato sospeso solo che non dichiarava reddito da lavoro o era tassato d'ufficio si situava quindi a circa 516 CHF al mese (e cioè uguale ai 1800 CHF di reddito netto, meno 941 CHF di spese d'alloggio, meno 343 CHF di premi dell'assicurazione malattia obbligatoria); quello di un assicurato sospeso solo che dichiarava reddito da lavoro si situava a 1966 CHF (3250 CHF – 941CHF – 343 CHF). Di fronte a questi dati, si può dedurre che la stragrande maggioranza del gruppo degli assicurati sospesi a inizio 2007 che vivevano da soli nel 2005 senza reddito da lavoro, come pure chi guadagnava meno tra i sospesi soli che svolgevano attività salariate o indipendenti, doveva situarsi sotto l'equivalente mensile del valore soglia di intervento, fissato nell'ambito della LAPS, pari a 1308 CHF per l'anno 2005 o comunque esserci molto vicina. Infatti, solo un quarto di coloro che non avevano reddito da lavoro disponeva di un importo mensile pari o superiore a 3000 CHF (= reddito disponibile residuale teorico di 1716 CHF), mentre un quarto di coloro che vivevano del loro lavoro disponevano di un importo mensile inferiore a 2500 CHF (= reddito disponibile residuale teorico di 1216 CHF).

Economia domestica di due persone (ED2)

Gli assicurati sospesi il 31 marzo 2007, che vivevano in un'economia domestica di due persone il 31 dicembre del 2005 e di cui conosciamo i dati fiscali, sono 1022.

Un terzo di questi (307) viveva in un' economia domestica che non dichiarava redditi da lavoro o era stata tassata d'ufficio. Come per le persone sole, questa categoria di economie domestiche presenta una situazione molto più precaria delle economie domestiche che dichiarano redditi provenienti da attività salariate o indipendente. Il reddito mediano annuale di queste economie domestiche composte da due persone (35'960 CHF)

⁸ A questo proposito ricordiamo che il limite massimo della spesa dell'alloggio detraibile nel computo del reddito disponibile secondo la LAPS nel 2005 era di 1100 CHF al mese per le persone sole, di 1250 CHF per le unità di riferimento composte da due persone e di 1500 CHF per le unità di riferimento composte da tre persone e più.

⁹ Fonte : Ufficio della sanità pubblica: T 3.02 Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2008.

¹⁰ Per i giovani adulti dai 19 ai 25 anni era di 271 CHF.

T8 Reddito e sostanza (2005) degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 (sottoinsieme), secondo la dimensione numerica dell'economia domestica e la fonte del reddito

ED1		Reddito al netto dei contributi sociali	Sostanza attiva	Sostanza netta
Né salariati né indipendenti (N=1193)	media	24'504	20'663	11'028
	mediana	21'671	0	0
Indipendenti (N=310)	media	43'148	36'531	16'153
	mediana	38'227	0	0
Salariati (N=1247)	media	40'134	17'127	5'891
	mediana	39'667	0	0
Salariati e indipendenti (N=22)	media	45'450	47'649	33'548
	mediana	39'710	466	0
ED2				
Né salariati né indipendenti (N=307)	media	38'532	34'518	15'519
	mediana	35'960	0	0
Indipendenti (N=106)	media	56'525	82'029	25'602
	mediana	50'000	1'716	0
Salariati (N=553)	media	61'641	43'579	11'566
	mediana	56'865	0	0
Salariati e indipendenti (N=56)	media	74'306	76'246	15'316
	mediana	70'000	15'742	0
ED3+				
Né salariati né indipendenti (N=139)	media	42'991	35'731	11'340
	mediana	40'000	0	0
Indipendenti (N=91)	media	67'601	158'569	25'741
	mediana	61'452	26'552	0
Salariati (N=549)	media	71'626	56'043	13'635
	mediana	69'318	1'564	0
Salariati e indipendenti (N=58)	media	82'678	116'799	15'830
	mediana	73'470	7'293	0

non raggiunge nemmeno il valore mediano del reddito da lavoro dichiarato dagli assicurati sospesi che vivevano da soli e che dichiaravano redditi da lavoro (39'000 CHF).

Deducendo dai 3000 CHF di reddito mensile netto mediano delle economie domestiche composte da due persone di cui non si conosce l'età, le spese d'alloggio e i premi mensili per l'assicurazione malattia si ottiene un risultato inferiore all'equivalente mensile della soglia di intervento di 1963 CHF fissata nella LAPS. Ricordiamo che nel 2000, la pigione netta media per un'economia domestica di due persone era di 972 CHF e quella lorda di 1118 CHF e che i premi per l'assicurazione malattia ammontavano a 85 CHF/mese per bambini fino ai diciotto anni, a 271 CHF per i giovani adulti dai 19 ai venticinque anni e a 343 CHF per gli adulti dai ventisei anni in poi.

Per i 106 sospesi le cui entrate provenivano da attività indipendente, il reddito netto mediano si situava a 50'000 CHF (4170 CHF/mese circa); per i 553 le cui entrate erano costituite da salari, il reddito mediano era di 56'865 CHF (4740 CHF/mese circa). Queste cifre, dedotte le spese di alloggio e dell'assicurazione malattia obbligatoria, permettono di rimanere sopra la soglia di intervento LAPS, anche se non di molto. Più precaria è la situazione del quartile inferiore di questi assicurati sospesi in quanto il loro reddito netto giunge al massimo a 39'000 CHF (3250 CHF/mese) per gli indipendenti e a 41'000 CHF (3400 CHF) per i dipendenti. Tolti 1118 CHF per l'alloggio e 686 CHF per l'assicurazione malattia obbligatoria, anche per queste persone si delinea una situazione ben al di sotto dei 1963 CHF della soglia d'intervento LAPS.

Tra i dati disponibili contiamo anche quelli di 56 assicurati sospesi a inizio 2007 che nel 2005 vivevano in un'economia domestica i cui redditi provenivano sia da attività dipendenti che da attività indipendenti. Il valore mediano del loro reddito si situa al di sopra di tutti quelli analizzati sin qui: valore del primo quartile di 53'000 CHF (4400 CHF/mese), valore mediano di 70'000 CHF (5800 CHF/mese) e valore del terzo quartile di 92'000 CHF (7700 CHF/mese).

Economia domestica di tre o più persone (ED3+)

Anche i dati fiscali 2005 relativi alle economie domestiche di tre persone e più nelle quali vivevano gli assicurati sospesi a fine marzo 2007 confermano il *pattern* che si è delineato nelle analisi presentate sopra.

La situazione è particolarmente precaria quando non c'è reddito da lavoro o ci sono tassazioni d'ufficio (139 casi di cui si dispone dei dati). Con un reddito netto mediano annuale di 40'000 CHF (3300 CHF/mese) si rientra automaticamente nella zona d'intervento LAPS. Infatti, tenendo conto delle spese dell'alloggio e delle spese dell'assicurazione malattia ci si trova rapidamente sotto il valore soglia LAPS di 2651 CHF/mese previsto per un'economia domestica di tre persone. Ricordiamo che nel 2000, la pigione netta media per un'economia domestica di tre persone era di 1041 CHF e quella

lorda di 1197 CH, mentre per un'economia di quattro persone era di 1092 CHF e quella lorda di 1256 CH). Il valore soglia LAPS del reddito residuale disponibile per un'economia domestica di quattro persone (3340 CHF/mese) è addirittura più alto del reddito netto mediano della nostra categoria d'analisi. Nemmeno il valore del reddito netto del terzo quartile (60'000 CHF, 5000 CHF/mese) permette veramente di situarsi al di sopra della zona di precarietà definita dalla LAPS. Discorso questo che è valido anche per il reddito netto mediano delle economie domestiche i cui redditi provengono da attività stipendiate (549 casi) o indipendenti (91 casi) che si situa rispettivamente a 69'318 CHF (5800 CHF/mese) e a 61'452 CHF (5100 CHF/mese).

I dati fiscali delle economie domestiche che dichiarano dei redditi da attività dipendente e da attività indipendente (58 casi), con un reddito netto mediano di 73'470 CHF (6100 CHF/mese) sembrano indicare una situazione finanziaria migliore delle altre prese in esame.

Reddito determinante per la richiesta di riduzione dei premi

Tra gli assicurati maggiorenni sospesi il 31 marzo 2010, un terzo circa (32%) beneficia di un sussidio statale per il pagamento dell'assicurazione malattia obbligatoria, mentre quasi due terzi (62%) non hanno neppure inoltrato la richiesta di riduzione del premio (vedi Parte I, tabella T3 "Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia". p. 20).

Questo risultato stupisce: dal momento che si associa la morosità degli assicurati sospesi alla precarietà della loro situazione finanziaria, viene da chiedersi perché non richiedano una diminuzione del premio. Ci si può legittimamente domandare se conoscano correttamente i loro diritti oppure se la procedura prevista rappresenti in qualche modo un ostacolo, per differenti ragioni.

Una prima risposta a questi interrogativi si può trovare nei risultati dell'analisi presentata sopra del reddito netto e disponibile residuale nel 2005 di una parte degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007. Infatti, se da un lato è stato possibile evidenziare situazioni di estrema precarietà, se non di povertà conclamata (si pensi ad esempio alla situazione finanziaria della stragrande maggioranza di assicurati sospesi che nel 2005 non avevano dichiarato reddito da lavoro o che sono stati tassati d'ufficio), dall'altro si sono pure osservate situazioni in cui, in modo altrettanto chiaro, non si può parlare di carenza di risorse. Tra i due estremi si ha spesso a che fare con una miriade di situazioni di cui non si conoscono abbastanza dettagli per poterle situare al di sotto o al di sopra delle soglie di intervento previste nel quadro della LAPS oppure con delle situazioni dove quasi sicuramente si è sopra tali soglie, ma non di molto. Da questi risultati appare comunque plausibile che una buona fetta delle situazioni fiscali del 2005 analizzate non diano diritto alla riduzione del premio dell'assicurazione malattia obbligatoria.

Una seconda risposta scaturisce invece direttamente dall'analisi del reddito determinante per stabilire il diritto al sussidio, che si traduce praticamente nella riduzione del premio per le persone che ne beneficiano. Il reddito determinante si ottiene sommando il reddito imponibile cantonale e una quota di 1/15 della sostanza imponibile che supera rispettivamente l'importo di 150'000 CHF per le persone sole e di 200'000 CHF per le famiglie.

Secondo le istruzioni relative alle riduzioni di premio calcolate sulla base dei redditi determinanti dell'anno fiscale 2005, avevano diritto alla riduzione del premio:

- persone sole il cui reddito determinante non supera 20'000 CHF;
- famiglie il cui reddito determinante non supera 32'000 CHF (diritto per tutti i componenti);
- famiglie con reddito determinante compreso tra 32'001 e 60'000 CHF (diritto solo per i figli minorenni conviventi).

Dalla tabella T9 si vede che la percentuale di persone sole (ED1) il cui reddito determinante dava diritto alla riduzione di premio (importo minore o uguale a 20'000 CHF) era del 36%. Ciò significa che gli assicurati che non ne avevano diritto era pari al 64%.

T9 Reddito determinante (2005) degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 (sottoinsieme), secondo la dimensione numerica dell'unità di riferimento

	ED1			ED2			ED3+		
	N	%	% cum.	N	%	% cum.	N	%	% cum.
0	322	12%	12%	82	8%	8%	89	11%	11%
< 10'000	223	8%	20%	58	6%	14%	74	9%	19%
10'001-20'000	441	16%	36%	94	9%	23%	142	17%	36%
20'001-30'000	564	20%	56%	169	17%	39%	160	19%	56%
30'001-40'000	536	19%	75%	166	16%	56%	127	15%	71%
40'001-50'000	329	12%	87%	133	13%	69%	83	10%	81%
50'001-60'000	169	6%	93%	111	11%	80%	58	7%	88%
60'001-70'000	80	3%	96%	80	8%	87%	40	5%	92%
70'001-80'000	47	2%	98%	40	4%	91%	30	4%	96%
80'001-90'000	25	1%	99%	33	3%	95%	11	1%	97%
90'001-100'000	9	0%	99%	16	2%	96%	8	1%	98%
> 100'000	27	1%	100%	40	4%	100%	15	2%	100%
Totale	2772	100%		1022	100%		837	100%	

Meno diretta è la stima della proporzione di aventi diritto al sussidio tra gli assicurati sospesi che vivevano in un'economia domestica di più persone. Se consideriamo l'importo di 30'000 CHF come soglia (l'importo secondo le istruzioni era di 32'000 CHF), dai dati disponibili, secondo il reddito determinante nel 2005, emerge che almeno 39% dei sospesi che vivevano in un'economia domestica di due persone e che almeno 56% di quelli che vivevano in un'economia domestica di tre o più persone avevano diritto alla riduzione del

premio. Di riflesso, quasi 60% dei primi e quasi 54% dei secondi si situavano invece sopra il limite del reddito determinante che dà diritto alla prestazione.

Un ulteriore controllo effettuato tra i 4631 assicurati sospesi il 31 marzo 2007 di cui si conoscono i dati fiscali del 2005 conferma i risultati dell'analisi del reddito determinante. Beneficiavano effettivamente della riduzione del premio il 33,3% delle persone sole, il 33,5% delle persone che vivevano in un'economia domestica di due persone e il 55,7% di quelle che vivevano in economie domestiche più numerose (vedi T10). Globalmente erano il 37,4%, rispetto alla percentuale del 34,6% calcolata sull'insieme dei circa 7800 assicurati sospesi il 31 marzo 2007.

**T10 Assicurati sospesi maggiorenni il 31 marzo 2007 (sottoinsieme),
di cui si conoscono i dati fiscali del 2005,
beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia**

Stato istanza RIPAM	ED1			ED2			ED3+		
	N	%	% cum.	N	%	% cum.	N	%	% cum.
Nessuna richiesta	1693	61.1	61.1	612	59.9	59.9	317	37.9	37.9
Richiesta accolta	922	33.3	94.3	342	33.5	93.3	466	55.7	93.5
Richiesta respinta	115	4.1	98.5	54	5.3	98.6	42	5.0	98.6
Richiesta non evasa	42	1.5	100.0	14	1.4	100.0	12	1.4	100.0
Totale	2772	100.0		1022	100.0		837	100.0	

In conclusione sembra dunque confermarsi l'ipotesi secondo la quale i due terzi circa degli assicurati sospesi che non richiedono la riduzione di premio non ne avrebbero comunque diritto.

Parte III Morosità e insolvenza

Questa parte del rapporto è dedicata alla presentazione delle cifre-chiave concernenti:

- *i precetti esecutivi relativi all'assicurazione malattia obbligatoria (LAMal) che sono emessi ogni anno su richiesta delle casse malati;*
- *i precetti esecutivi per i quali è stato richiesto il proseguimento della procedura, scaduto il termine di ricorso;*
- *le esecuzioni sfociate in un attestato di carenza di beni (ACB);*

Come ricordato nell'introduzione del rapporto, l'assicurato moroso, che non paga i premi o le partecipazioni ai costi alla cassa malati entro la scadenza prevista, al quale viene sospesa la copertura assicurativa se continua a non pagare nonostante la notifica della diffida, non è forzatamente un assicurato insolvente, che si trova cioè nell'impossibilità di pagarli.

Per quantificare, per cercare di approssimare al meglio, l'entità della morosità e dell'insolvenza, e per studiarne la relazione, le banche dati degli Uffici esecuzioni e fallimenti del Cantone (UEF) ci sono sembrate la fonte d'informazione più appropriata.

Ai fini di questo studio abbiamo quindi concordato con il CSI, dopo l'ottenimento delle autorizzazioni necessarie, la compilazione di una statistica (aggregata) che si fonda su un'estrazione dalle banche dati degli UEF nella quale sono conteggiati, su base annua dal 2006, tutti i precetti esecutivi riguardanti i debiti che si riferiscono all'assicurazione malattia obbligatoria (LAMal), emessi su richiesta delle casse malati. Nella statistica si considera inoltre, per ogni annata, la "demografia" dei precetti esecutivi emessi. È quindi possibile sapere quanti precetti esecutivi emessi si sono tradotti in seguito in una ricezione della domanda di proseguimento dell'esecuzione (ricordiamo che, ai sensi dell'articolo 64a LAMal in vigore, è da questo momento che la cassa malati ha la facoltà di procedere alla sospensione della copertura assicurativa). Dalle domande di proseguimento della procedura di esecuzione si può inoltre sapere quante di queste sfociano in un attestato di carenza beni (ACB), direttamente senza pignoramento oppure dopo pignoramento.

Il numero totale di debitori per i quali sono emessi dei precetti esecutivi, così come la somma totale del credito iniziale, ci permettono di quantificare la morosità, pur sapendo che una parte degli assicurati morosi regolarizza la propria situazione al momento della notifica della diffida prima ancora di giungere a questo stadio della procedura. Il numero dei debitori ai quali è stata attestata una carenza di beni e la somma totale dell'importo dei crediti attestati da ACB al momento dell'allestimento della statistica (il 7 ottobre 2010), ci informano invece sullo stato d'insolvenza.

Nella tabella T11 sono presentati gli importi (espressi CHF) dei dati degli UEF, dal 2006 al 2009. Questi ci dicono, per esempio, che nel 2006 sono stati emessi complessivamente precetti esecutivi relativi alla LAMal per un importo globale di 30 milioni di franchi (30'580'029 CHF). Questa cifra è sicuramente leggermente sovrastimata in questa statistica dal fatto che da un controllo “in diagonale” dei campi alfanumerici delle decine di migliaia di *record* nei quali è registrato il testo dell’oggetto si sono trovati, qua e là, integrati nello stesso precetto esecutivo, anche degli importi relativi all’assicurazione complementare facoltativa (LCA). Non abbiamo proceduto alla “pulitura” di questa fonte di distorsione in quanto la correzione sarebbe possibile solo se effettuata manualmente, *record* dopo *record*: un investimento eccessivo nel quadro del mandato per un guadagno infinitesimale della precisione degli importi stimati.

T11 Procedure di esecuzione relative alla LAMal, dal 2006 al 2009

<i>anno</i>	Domanda di esecuzioni relative alla LAMal (importi in CHF)			
	PE emessi	... di cui proseguimenti dell'esecuzione	... di cui sfociati su un ACB senza pignoramento	... di cui sfociati su un ACB dopo pignoramento CHF
2006	30'580'029	16'643'381	8'875'687	1'533'861
2007	27'945'254	15'514'253	9'353'347	1'973'300
2008	28'554'553	16'437'560	11'029'036	2'271'745
2009	30'366'571	19'234'291	12'478'121	1'459'725
	Ripresa di ACB entro 6 mesi dal rilascio		Ripresa di ACB dopo 6 mesi dal rilascio	
	ACB ripresi	ACB attivi	ACB ripresi	ACB attivi
2006	3'399'733	2'389'142	351'372	167'086
2007	3'406'630	2'325'387	394'583	176'675
2008	1'810'296	1'193'981	227'269	117'254
2009	1'343'165	829'619	263'415	86'138
	Totale esecuzioni		Incasso UEF	
	Proseguimento esecuzione + riprese ACB)	ACB attivi	Importo in CHF	in %
2006	20'394'486	12'965'776	7'428'710	36%
2007	19'315'466	13'828'709	5'486'757	28%
2008	18'475'125	14'612'016	3'863'109	21%
2009	20'840'871	14'853'603	5'987'268	29%

Per molti precetti esecutivi emessi non si richiede il proseguimento dell’esecuzione. Giacché per legge è la cassa malati stessa che ha la facoltà di rigettare l’opposizione che si riferisce ai precetti che riguardano l’assicurazione obbligatoria, si deduce quindi che buona parte dei debiti siano saldati a questo stadio della procedura, senza bisogno di

andare oltre. Sempre riferendoci all'anno 2006, l'importo globale per il quale si prosegue l'esecuzione è in pratica la metà (16'643'381 CHF) rispetto all'importo dei precetti emessi: nella prima fase della procedura si passa in sostanza da una morosità iniziale di circa 30 milioni di franchi a una morosità "confermata" di circa 17 milioni.

Per poco più della metà di quest'importo (8'875'687 CHF) viene rilasciato immediatamente un ACB per evidente mancanza di risorse. Per il resto dell'importo, dopo pignoramento (si tratta essenzialmente di pignoramento di salario), sono ancora stati emessi ACB per un totale di un milione e mezzo di franchi (1'533'861 CHF). In linea con le definizioni date, l'insolvenza per l'anno 2006 si cifrava dunque a dieci/undici milioni circa (totale degli ACB rilasciati: 10'409'548 CHF), pari a un franco su tre della somma inizialmente precettata (30 milioni) e a quasi 2 franchi su 3 della somma per la quale è stato richiesto il proseguimento dell'esecuzione.

Questo significa che per l'anno 2006 gli Uffici esecuzioni e fallimenti del Cantone hanno incassato, con la procedura forzata, l'importo di 6 milioni (6'233'833 CHF). Importo quest'ultimo che rappresenta il 20% della morosità iniziale (precetti esecutivi emessi) e il 37% della morosità "confermata" (domande di proseguimento dell'esecuzione).

Dalla tabella, si vede che la situazione sembra essere abbastanza stabile nel tempo: gli importi mantengono grossomodo lo stesso ordine di grandezza. Per il 2009 tuttavia si registra un aumento, a prima vista significativo ma bisognerà attendere i dati 2010 per confermarlo, soprattutto dell'importo globale in franchi delle domande di proseguimento dell'esecuzione (morosità "confermata": 19'234'291 CHF) e degli importi degli ACB rilasciati senza pignoramento (la parte sostanziale dell'insolvenza: 12'478'121 CHF nei confronti degli ACB rilasciati dopo pignoramento: 1'459'725 CHF).

In sunto, per l'anno 2009 i precetti esecutivi emessi (25'388) rappresentavano un importo globale del credito di 30'366'571 CHF (morosità). Per 20'999 precetti esecutivi (l'83% di quelli emessi) è stata inoltrata la domanda di proseguimento dell'esecuzione, per un importo globale del credito di 19'234'291 CHF (morosità "confermata": 63% dell'importo globale dei precetti emessi). Questo significa che il campo di variazione (*range*) del valore dell'importo dei singoli precetti esecutivi è molto ampio: sebbene la domanda di proseguimento dell'esecuzioni è richiesta per ben 4 precetti su 5, con il solo quinto dei precetti per i quali non è necessario proseguire l'iter dell'esecuzione, le casse malati incassano più di un terzo (37%) del credito. L'importo incassato, o incassabile, dagli UEF con la procedura forzata per l'anno 2009, è pari a 5'296'445 CHF e cioè il 27% della morosità "confermata" (19'234'291 CHF); detto altrimenti: poco più di un franco su quattro.

Stima dell'impatto finanziario del nuovo articolo 64a LAMal

Al fine di stimare l'intero importo annuale della morosità "confermata" e soprattutto quello dell'insolvenza, ai dati appena presentati sopra abbiamo aggiunto quelli inerenti a delle riattivazioni di ACB nei sei mesi, e dopo sei mesi, dal loro rilascio e quelli riattivati (vedi la parte centrale della tabella T11). Gli ACB riattivati possono essere degli ACB rilasciati nell'anno stesso del computo, oppure riferirsi a degli anni precedenti. Se il fenomeno delle riattivazioni dovesse essere stabile nel tempo, lo sfasamento nel tempo rispetto all'anno analizzato, si compensa di anno in anno e ci permette di approssimare meglio le quantità che ci interessano, anche se parte di queste riattivazioni potrebbero anche non portare su degli importi relativi all'assicurazione malattia obbligatoria.

Sulla base dei totali della tabella (parte inferiore della tabella), si può dunque stimare che, se il nuovo articolo 64a LAMal fosse già stato in vigore nel 2009, il Cantone avrebbe dovuto farsi carico dell'85% della somma dei 15 milioni relativa agli ACB emessi (14'853'603 CHF), e cioè di quasi 13 milioni (12'625'563 CHF).

Questo dato deve però essere valutato tenendo conto che nel 2009, il numero di debitori per i quali è stato richiesto il proseguimento dell'esecuzione è di circa 8200 (cifra che si attestava attorno a 7500 negli anni precedenti) a fronte dei circa 12'000 maggiorenni sospesi il 31 marzo 2009 e ai 14'000 sospesi il 31 marzo 2010.

A scanso di equivoci, ribadiamo immediatamente che è giustificato che le due cifre non siano uguali: un assicurato può essere sospeso nel 2009, pur pagando premi e partecipazioni ai costi, a causa di un debito contratto anteriormente e non ancora sanato. Inoltre, nel caso di famiglie intere affiliate alla stessa cassa malati, in caso di morosità la procedura esecutiva potrebbe essere avviata unicamente nei confronti della sola persona alla quale sono indirizzate le fatture di tutti i membri che la compongono. In caso di proseguimento dell'esecuzione, la copertura assicurativa verrebbe però a cadere per tutte le persone per le quali premi e partecipazioni ai costi non sono stati pagati.

Detto questo però, la differenza riscontrata di circa 4000/5000 unità potrebbe trovare anche altre spiegazioni.

La differenza osservata, per esempio, va a sostegno della nostra ipotesi relativa alla sovrastima del numero dei sospesi estratto dalla banca dati dell'IAS imputabile al mancato annuncio di una parte delle riammissioni da parte delle casse malati. Se questa ipotesi dovesse confermarsi, il numero reale attuale degli assicurati adulti sospesi sarebbe inferiore a 14'000; difficile stimare di quanto.

Un'altra ipotesi del numero relativamente basso di debitori nelle banche dati UEF, rispetto al numero degli assicurati sospesi conteggiati nella banca dati IAS, potrebbe essere la seguente: le casse malati, che attualmente non hanno un interesse immediato ad avere degli ACB per l'intero scoperto dovuto alla morosità degli assicurati, una volta richiesto il

proseguimento dell'esecuzione necessario alla sospensione della copertura assicurativa per una prima fetta del debito, non reiterano più la procedura in seguito (o non sempre) per i debiti successivi. A questo proposito si rileva però che attualmente esiste un vincolo legale importante: le casse malati hanno l'obbligo secondo l'articolo 105b OAMal (in precedenza fino al 2006 secondo l'art. 90 OAMal) di precettare entro 4 mesi ogni fattura relativa ai premi non pagata entro la scadenza. Se questa ipotesi dovesse comunque confermarsi, nonostante il vincolo legale attuale, con l'introduzione del nuovo articolo di legge 64a LAMAL gli assicuratori avrebbero chiaramente interesse a cambiare comportamento e andare a cercare l'ACB per ogni franco dovuto che non è stato versato, per garantirsi così il recupero degli 85 centesimi versati dal Cantone. Se questo fosse il caso, sussisterebbe quindi il rischio che l'importo annuale attuale degli ACB che si riferiscono all'assicurazione malattia obbligatoria sia sottostimato.

Sintesi e conclusioni

Numero di assicurati sospesi

A fine marzo 2010 si contavano in Ticino 14'000 adulti maggiorenni la cui copertura assicurativa obbligatoria ai sensi della LAMal era stata sospesa, conformemente all'articolo 64a della stessa. Nel computo del numero totale di assicurati senza copertura assicurativa non è corretto aggiungere i circa 2000 minorenni che sono stati segnalati dalle casse malati all'IAS in quanto lo Stato gliela garantisce. Del resto, di fronte a questa situazione, le casse interessate sono state richiamate dall'IAS stesso e si stanno allineando alle disposizioni cantonali.

Non è neppure corretto considerare questi 2000 minorenni quando si parla degli assicurati che non pagano i premi della cassa malati, in quanto ciò non rientra nella loro responsabilità.

Benché queste precisazioni relativizzino la cifra di 16'000 casi, diffusa già da parecchi mesi nei mass media e nel dibattito politico, esse non tolgono nulla alla gravità del problema, che tocca comunque il 5% della popolazione maggiorenne, un adulto su venti.

A partire dalla metà del 2009 si osserva inoltre una recrudescenza del fenomeno con circa 1150 nuovi assicurati sospesi ogni trimestre, mentre nel periodo precedente la tendenza sembrava essersi stabilizzata per la durata di un anno attorno a una media trimestrale di circa 750 nuovi casi¹¹.

Dall'aumento medio dei premi cantonali del 6,4% per il 2011 ci si può aspettare un peggioramento della situazione con un aumento dell'incremento del numero di assicurati morosi, degli assicurati sospesi, come pure del numero degli insolventi.

Profilo degli assicurati sospesi

L'aggiornamento dei dati ha permesso confermare e consolidare il profilo degli assicurati sospesi schizzato nello studio del 2009. Dal fenomeno della sospensione sono proporzionalmente più toccate le persone della fascia d'età compresa tra i 25 e i 59 anni (otto sospesi su dieci appartengono a questa fascia d'età), le persone divorziate (in particolare gli uomini) e gli stranieri (pp. 20-21).

Tre sospesi su quattro lo sono da almeno un anno e mezzo, la metà da più di tre anni. A complemento di questa popolazione di "sospesi permanenti", si aggiunge una popolazione, numericamente molto meno importante, di "sospesi periodici". Infatti, tra

¹¹ Il numero trimestrale di nuovi sospesi non deve essere confuso con l'aumento trimestrale del numero totale degli assicurati sospesi, che dipende dal numero di riammissioni nel circuito normale della copertura assicurativa. La politica di riammissione del Cantone (garanzie di pagamento del premio per un determinato periodo) ha quindi un impatto importante sull'incremento trimestrale effettivo del numero di assicurati sospesi.

coloro che sono stati riammessi nel corso del primo trimestre del 2010, si è calcolato una quota di un terzo circa di assicurati che in passato erano già stati sospesi una o più volte; un decimo di loro era già stato sospeso addirittura almeno due volte.

Situazione finanziaria degli assicurati sospesi

L'analisi del reddito di una parte degli assicurati sospesi (dati 31 marzo 2007) ha permesso di evidenziare situazioni di estrema precarietà, se non di povertà conclamata, in particolare tra coloro che nel 2005 vivevano in economie domestiche senza reddito da lavoro o che sono stati tassati d'ufficio. Si sono però anche osservate situazioni in cui, in modo altrettanto chiaro, non si può parlare di carenza di risorse, per lo meno un anno e qualche mese prima della sospensione. Tra i due estremi si ha spesso a che fare con una miriade di situazioni di cui non si hanno abbastanza dettagli per poterle situare al di sotto o al di sopra delle soglie di intervento previste nel quadro della LAPS. I limiti dell'analisi effettuata portano essenzialmente sul fatto che si sono potuti completare i dati degli assicurati sospesi con dei dati fiscali risalenti a circa un anno e mezzo prima. L'alta proporzione di divorziati (ancor di più se uomini) tra i sospesi potrebbe indicare che una delle possibili cause del fenomeno è da ricercare laddove ci sono dei repentini e radicali cambiamenti della situazione personale degli assicurati che possono avere delle conseguenze importanti sulla loro disponibilità finanziaria.

Per sviscerare meglio il nesso tra la situazione finanziaria e la morosità nei confronti delle casse malati, bisognerebbe poter completare i dati degli assicurati sospesi con i loro dati fiscali relativi al periodo della sospensione stessa.

L'analisi del reddito determinante per stabilire il diritto al sussidio ha, dal canto suo, permesso di verificare che il 60% circa di assicurati sospesi che non richiedono la riduzione di premio, con il modello di riduzione dei premi vigente fino al 31 dicembre 2011 non ne avrebbero comunque diritto.

Dimensione finanziaria del fenomeno degli assicurati morosi

Nel 2009, le casse malati hanno avviato 25'000 procedure esecutive (PE) contro 11'000 assicurati morosi, per un importo totale scoperto di 30 milioni CHF, l'equivalente cioè di circa il 2,9% del miliardo del fatturato annuo¹². Ciò ha permesso loro un incasso di oltre 10 milioni CHF in tempi brevi, ma per ben 21'000 PE (pari a 19 milioni CHF di scoperto) hanno dovuto richiedere il proseguimento dell'esecuzione.

Di quest'ultimi, 10'000 sono sfociati in attestati di carenza di beni (ACB) per un importo di 14 milioni CHF. Ciò significa che con la procedura forzata (essenzialmente con il

¹² Fonte: Area di gestione sanitaria (AGS) della Divisione della sanità pubblica

pignoramento dello stipendio) gli Uffici esecuzioni e fallimenti del Cantone hanno incassato l'importo di 5 milioni CHF.

La stima totale dell'importo annuale dell'insolvenza per il 2009 (compresi gli importi relativi a riprese di ACB nel corso dell'anno) si situa attorno ai 15 milioni CHF. Ciò che ci porta a valutare la perdita su debitori delle casse malati all'1,4% circa del fatturato. Se il nuovo articolo 64a LAMal fosse già stato in vigore nel 2009, il Cantone avrebbe dovuto farsi carico di questa perdita nella misura dell'85% (cpv. 4), e cioè per un importo di quasi 13 milioni CHF, riducendo di conseguenza l'effettiva perdita su debitori delle casse malati allo 0,2% del fatturato. Di fronte a questi valori, si possono nutrire dei dubbi riguardo agli sforzi che saranno profusi dalle casse malati per incassare gli ACB. Secondo il capoverso 5 del nuovo articolo di legge infatti, saranno gli assicuratori che conserveranno gli ACB e che saranno tenuti a restituire al Cantone il 50% di quanto riusciranno a incassare dagli assicurati.

L'importo di 13 milioni CHF che nel 2009 il Cantone avrebbe dovuto versare alle casse malati, se il nuovo articolo di legge fosse già stato in vigore, si sarebbe aggiunto ai 232 milioni CHF già spesi dall'IAS per la riduzione dei premi nel corso 2009, sottoforma di riduzione dei premi ordinaria (129 milioni CHF) e per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI (103 milioni CHF)¹³. Con un importo complessivo della spesa in favore dell'assicurazione contro le malattie di 245 milioni CHF, il Cantone si sarebbe così fatto carico di circa un quarto (23,8%) del fatturato annuale delle casse malati.

Evoluzione della situazione e monitoraggio del fenomeno

Il 1° gennaio 2012, oltre al nuovo articolo 64a LAMal, entreranno in vigore due riforme maggiori che dovrebbero avere un impatto sul livello dei premi e sull'erogazione dei sussidi a favore degli assicurati più bisognosi.

La prima riforma prevede che i Cantoni finanzino, con gli stessi parametri, sia le prestazioni ospedaliere fornite dalle strutture pubbliche che quelle fornite dalle strutture private (art. 49a LAMal). In Ticino, il pagamento delle degenze ospedaliere da parte del Cantone nella misura del 55%, porterà a un trasferimento dall'assicurazione malattia alla fiscalità stimato a circa 85 milioni CHF¹⁴. Questo sgravio per le casse malati dovrebbe ripercuotersi sui premi, nel senso di una loro diminuzione o quantomeno del loro contenimento.

La seconda riforma è cantonale e tende invece a migliorare l'erogazione dei sussidi per la riduzione del premio assicurativo nel senso di una maggiore equità. Il nuovo sistema mira infatti a riequilibrare gli aiuti rispetto alle varie tipologie e dimensioni delle famiglie e a

¹³ Fonte: Finanze pubbliche – Consuntivo 2009

¹⁴ Fonte: AGS

meglio calibrare gli aiuti a chi ne ha bisogno, basandosi sul calcolo del reddito disponibile di riferimento e non più sul reddito imponibile.

È difficile prevedere quale sarà l'impatto di questi cambiamenti sul fenomeno degli assicurati morosi e sul numero di insolventi, ma viste le ricadute finanziarie per il Cantone, ci sembra auspicabile progettare già sin d'ora un sistema di monitoraggio, comprensivo dei diversi aspetti del fenomeno, che ne permetta una valutazione periodica tanto sotto il profilo conoscitivo che della pianificazione (in particolare dell'allestimento del preventivo).

Il lavoro di approfondimento effettuato nel corso degli ultimi due anni ha permesso di acquisire molte conoscenze riguardanti il fenomeno degli assicurati morosi lavorando su diverse banche dati amministrative cantonali. Si tratterebbe ora di consolidare queste esperienze nella concezione di un sistema d'informazione organico, rivolto alla produzione periodica di una serie di informazioni, di indicatori scelti, al servizio delle autorità e dell'amministrazione pubblica.

Bibliografia

- Consiglio di Stato. 2009. Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Messaggio n. 6275, 06.10.2009.
- Consiglio di Stato. 2009. Modifica della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997. Messaggio n. 6264, 15.09.2009.
- Consiglio di Stato. 2008. Modifica del Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria del 18 settembre 2007. Messaggio n. 6138, 04.11.2008.
- Consiglio di Stato. 2007. Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 13 novembre 2007.
- Commissione della gestione e delle finanze. 2009. Rapporto sul messaggio 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. Rapporto n. 6275 R, 19.11.2009.
- Commissione della gestione e delle finanze. Rapporto sul messaggio 4 novembre 2008 concernente la modifica del Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria, del 18 settembre 2007. Rapporto n. 6138 R, 02.12.2008.
- Dipartimento federale dell'interno. [2004 a] 2009. Ordinanza del DFI sui premi medi [2005 a] 2010 dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari.
- Egloff, M. 2009. Studio sul fenomeno degli assicurati morosi. Manno: Supsi, Dsan/Dsas.
- Gran Consiglio della repubblica e Cantone Ticino. 2009. Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (del 16 dicembre 2009).
- Gran Consiglio della repubblica e Cantone Ticino. 2008. Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (del 15 dicembre 2008).
- Gran Consiglio della repubblica e Cantone Ticino. 2008. Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) (del 26 giugno 1997).
- Istituto delle assicurazioni sociali. 2010. Rendiconto 2009.
- Sartoris, E. 2006. Quanto pagano gli inquilini – Le pigioni nette medie e la loro distribuzione, in Dati, Ustat, 3-2006.

Sitografia

Repubblica e Cantone Ticino	www.ti.ch
Istituto delle assicurazioni sociali IAS	www.iasticino.ch
Ufficio cantonale di statistica USTAT	www.ti.ch/ustat
Le autorità federali della Confederazione Svizzera	www.admin.ch
Ufficio federale della sanità pubblica	www.bag.admin.ch
Ufficio federale di statistica UST	www.bfs.admin.ch

Elenco delle tabelle

pagina

T1	Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, secondo il sesso e lo stato civile	19
T2	Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, secondo la nazionalità	20
T3	Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, beneficiari di una Riduzione dei premi cassa malattia	20
T4	Assicurati sospesi il 31.03.10, beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS	21
T5	Tasso di assicurati sospesi il 31.03.10, secondo il sesso e lo stato civile	23
T6	Completamento dei dati relativi agli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 con i loro dati fiscali 2005	33
T7	Fonte principale dei redditi 2005 degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 (sottoinsieme)	34
T8	Reddito e sostanza (2005) degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 (sottoinsieme), secondo la dimensione numerica dell'unità di riferimento (UR) e la fonte del reddito	36
T9	Reddito determinante (2005) degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007 (sottoinsieme, secondo la dimensione numerica dell'unità di riferimento	39
T10	Assicurati sospesi maggiorenni il 31 marzo 2007 (sottoinsieme), di cui si conoscono i dati fiscali del 2005, beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia	40
T11	Procedure di esecuzione relative alla LAMal, dal 2006 al 2009	42

Elenco dei grafici

pagina

G1	Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006 (conteggio a fine trimestre)	15
G2	Nuovi sospesi e riammissioni trimestrali, evoluzione dallo 01.01.2006	16
G3	Distribuzione di frequenza degli assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10 e della popolazione residente civile maggiorenne il 30.04.10, secondo la classe d'età	18
G4	Proporzione di assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.10, secondo la classe d'età	22

Elenco delle rappresentazioni cartografiche

C1	Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.09 per Comune	24
C2	Proporzione di assicurati sospesi tra i maggiorenni il 31.03.10 per Comune	25
C3	Proporzione di assicurati sospesi tra maggiorenni il 31.03.09 per Distretto	26
C4	Proporzione di assicurati sospesi tra maggiorenni il 31.03.10 per Distretto	27
C5	Proporzione di assicurati sospesi tra maggiorenni il 31.03.10 per zona dei premi	29

Elenco degli acronimi

ACB	Attestato di carenza di beni
AD	Assicurazione contro la disoccupazione
AFI	Assegno integrativo
AGS	Area di gestione sanitaria (DSS/DSP)
AI	Assicurazione per l'invalidità
API	Assegno di prima infanzia
AVS	Assicurazione vecchiaia supersiti
cpv	capoverso
CSI	Centro sistemi informativi Centro del DFE
DL	Decreto legislativo
DSAN	Dipartimento Sanità della SUPSI
DSAS	Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali della SUPSI
DSS	Dipartimento cantonale della sanità e della socialità
DSP	Divisione della sanità pubblica, del DSS
GIPS	Gestione informatizzata delle prestazioni sociali
IAS	Istituto delle assicurazioni sociali
IPG	Indennità perdita di guadagno
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LCAMal	Legge cantonale di applicazione della LAMal
LAPS	Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali
Movpop	Banca dati amministrativa relativa al movimento della popolazione
NIU	Numero d'identificazione universale
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
PC	Prestazioni complementari
PE	Procedure di esecuzione, precetti esecutivi
RIPAM	Riduzione dei premi di assicurazione malattie
SUPSI	Scuola universitaria della Svizzera italiana
UAM	Ufficio dell'assicurazione malattie
UEF	Uffici esecuzioni e fallimenti
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UR	Unità di riferimento
USSI	Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento
UST	Ufficio federale di statistica
USTAT	Ufficio cantonale di statistica

Allegati

Articolo 64a LAMal (in vigore fino al 31 dicembre 2011)

- ¹ Se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore deve diffidarlo per scritto, assegnargli un termine supplementare di 30 giorni e indicargli le conseguenze della mora (cpv. 2).
- ² 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. Sono fatte salve le prescrizioni cantionali che prevedono una notifica ad altri uffici.
- ³ 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.
- ⁴ In deroga all'articolo 7, gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore finché non hanno pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.
- ⁵ Il Consiglio federale disciplina le modalità d'incasso dei premi e della procedura di diffida e i dettagli relativi alle conseguenze della mora.

Articolo 105b OAMAL (Procedura di diffida e di esecuzione)

- ¹ I premi e le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scaduti e non pagati devono essere oggetto, nei tre mesi che seguono la loro esigibilità, di una diffida scritta preceduta da almeno un richiamo e distinta da quelle vertenti su altri eventuali pagamenti arretrati. Con la diffida, l'assicuratore deve impartire all'assicurato un termine di 30 giorni al fine di permettergli di adempiere il suo obbligo e attirare la sua attenzione sulle conseguenze in cui incorre se non paga.
- ² Se l'assicurato non paga entro il termine impartito, l'assicuratore deve avviare una procedura esecutiva relativa al debito nei quattro mesi successivi, in modo distinto da altri eventuali pagamenti arretrati.
- ³ Se l'assicurato cagiona per propria colpa spese che avrebbero potuto essere evitate con un pagamento tempestivo, l'assicuratore può riscuotere, in misura appropriata, spese amministrative, se una misura siffatta è prevista dalle disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi dell'assicurato.

Allegati (*continuazione*)

Nuovo articolo 64a LAMal (entrata in vigore il 1 gennaio 2012)

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

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

³ L'assicuratore comunica all'autorità cantonale competente il nome degli assicurati interessati nonché, per ogni debitore, l'importo complessivo dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (premi e partecipazioni ai costi in arretrato, interessi di mora e spese di esecuzione) per i quali, durante il periodo considerato, è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente. L'assicuratore chiede all'organo di revisione designato dal Cantone di confermare l'esattezza dei dati che ha comunicato al Cantone e trasmette la conferma a quest'ultimo.

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

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

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

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.

⁸ Il Consiglio federale stabilisce i compiti dell'organo di revisione e designa i titoli considerati equivalenti all'attestato di carenza di beni. Disciplina le modalità relative alla procedura di diffida e di esecuzione, alla comunicazione dei dati ai Cantoni da parte degli assicuratori, nonché ai versamenti dei Cantoni agli assicuratori.

⁹ Il Consiglio federale emana disposizioni relative al mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi per le persone tenute ad assicurarsi residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.