

# Messaggio (annulla e sostituisce quello precedentemente distribuito)

numero	data	Dipartimento
<b>5810</b>	5 luglio 2006	<b>SANITÀ E SOCIALITÀ</b>
Concerne		

**Modifica della legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione contro le malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), riguardante gli assicurati con sospensione di prestazioni LAMal**

## INDICE

1.	PREMESSA.....	2
1.1	Ordinamento cantonale vigente .....	2
1.2	Modifica del diritto federale .....	2
1.3	Ripercussioni a livello cantonale .....	4
1.4	Evoluzione del fenomeno.....	5
2.	ADEGUAMENTO DELLA LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE.....	5
2.1	Sintesi.....	6
2.2	Cure di prima necessità .....	6
2.3	Presa a carico della cura di prima necessità .....	7
2.3.1	Cure somatiche (EOC).....	7
2.3.2	Cure somatiche esterne all'EOC a livello cantonale .....	8
2.3.3	Cure fuori Cantone .....	8
2.3.4	Medicamenti. ....	8
2.3.5	Servizi di soccorso .....	8
2.4	Rimborso diretto agli assicuratori malattie.....	8
2.5	Assicurati minorenni.....	8
2.6	Possibilità di regresso contro l'assicurato.....	9
2.7	Beneficiari di prestazione assistenziale.....	9
3.	CONSIDERAZIONI DI ORDINE AMMINISTRATIVO .....	9
4.	EVOLUZIONE DELLA CASISTICA E DEI RELATIVI COSTI .....	10
5.	COMMENTO AGLI ARTICOLI DI LEGGE .....	10
5.1	Articolo 20 (modifica): principio .....	10
5.2	Articolo 21 (modifica): regresso.....	10
5.3	Articolo 22 (modifica): procedura .....	11
5.4	Articolo 83a (nuovo): disposizione transitoria.....	11
6.	RELAZIONI CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO .....	11
7.	CONCLUSIONI.....	12
	DISEGNO DI LEGGE .....	13

Signor Presidente,  
signore e signori Deputati,

a seguito della modifica dell'art. 64a LAMal è necessario modificare il capitolo della LCAMal riguardante gli assicurati insolventi nei confronti degli assicuratori malattie presso cui sono affiliati.

## 1. PREMESSA

### 1.1 Ordinamento cantonale vigente

Il tema degli assicurati insolventi non è stato compiutamente disciplinato a livello federale dalla LAMal. Solo l'ordinanza federale di applicazione riporta indicazioni al riguardo (art. 90 OAMal).

Al fine di evitare la sospensione assicurativa in caso di insolvenza dell'assicurato, la nostra legge cantonale di applicazione (artt. 20 a 22 LCAMal) contempla la presa a carico da parte del Cantone dei crediti scoperti per gli assicurati insolventi a cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni (ACB). L'intenzione cantonale era soprattutto indirizzata alle fasce più a rischio della popolazione, per limitare l'intervento dell'assistenza sociale, da una parte, e applicare il principio dell'universalità secondo il quale tutta la popolazione residente è obbligatoriamente assicurata dalla LAMal, dall'altra.

In questo modo le disposizioni cantonali garantiscono agli assicuratori malattie il rimborso dei premi non pagati dagli assicurati escussi e diventati insolventi, compresi gli interessi, le spese esecutive e le spese per le partecipazioni. A loro volta vietano agli assicuratori malattie di:

- sospendere la remunerazione delle prestazioni;
- compensare i crediti scoperti attraverso la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato;
- compensare i crediti scoperti con la trattenuta di importi di riduzione di premio a favore degli assicurati.

### 1.2 Modifica del diritto federale

Il 1° gennaio 2006 entra in vigore il nuovo art. 64a LAMal, il cui tenore è il seguente:

**Art. 64 - Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi**

*<sup>1</sup>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).*

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

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

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>Il Consiglio federale disciplina le modalità d'incasso dei premi e della procedura di diffida e i dettagli relativi alle conseguenze della mora.

Le caratteristiche principali della nuova disposizione federale sono:

- a) la facoltà per gli assicuratori malattie di sospendere la remunerazione delle prestazioni già al momento dell'inizio di una procedura esecutiva (cpv. 2);
- b) l'impossibilità per l'assicurato a cui sono state sospese le prestazioni di cambiare assicuratore (cpv. 4);
- c) la ripresa del riconoscimento delle prestazioni, anche in forma retroattiva, solo dopo che sono stati pagati integralmente tutti gli oneri scoperti (premi, partecipazioni ai costi, interessi di mora, spese esecutive) (cpv. 3).

Inoltre, la recente modifica dell'art. 90 OAMal del 9 novembre 2005 prevede:

#### **Art. 90 - Riscossione dei premi e conseguenze della mora nel pagamento**

<sup>1</sup>I premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente.

<sup>2</sup>Il tasso per gli interessi di mora sui premi scaduti ai sensi dell'articolo 26 capoverso 1 LPGa è del 5 per cento all'anno.

<sup>3</sup>I premi e le partecipazioni dovuti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono essere oggetto di una diffida e di una procedura di esecuzione per debiti separate da eventuali altri pagamenti arretrati.

<sup>4</sup>Se l'assicurato è in mora con il pagamento di tre premi mensili ed è stato diffidato senza successo, deve essere avviata in merito una procedura di esecuzione per debiti, al più tardi 40 giorni dopo l'ultima diffida infruttuosa.

<sup>5</sup>Se l'assicurato ha causato a torto spese cui si sarebbe ovviato in caso di pagamento tempestivo, l'assicuratore può esigere, in adeguata misura, spese di diffida o spese supplementari, nella misura in cui ne preveda il disciplinamento nelle sue disposizioni generali sui diritti e sugli obblighi degli assicurati.

<sup>6</sup>Se entro tre mesi dalla comunicazione al servizio cantonale competente, quest'ultimo non ha dato il suo accordo all'assunzione dei premi arretrati, della partecipazione ai costi, nonché degli interessi di mora e delle spese di esecuzione, l'assicuratore può compensare i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora oggetto della procedura d'esecuzione nonché le relative spese di esecuzione con pretese dell'assicurato.

<sup>7</sup>Se l'assicurato che deve cambiare l'assicuratore in virtù dell'articolo 7 capoversi 3 o 4 LAMal è in mora con il pagamento al momento del passaggio al nuovo assicuratore ed è già stata decisa la sospensione delle prestazioni, quest'ultima ha effetto anche con il nuovo assicuratore. L'assicuratore precedente informa il nuovo assicuratore sulla sospensione delle prestazioni. Lo informa nuovamente non appena i premi e le partecipazioni ai costi arretrati nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione sono stati completamente saldati.

<sup>8</sup>Se un assicurato residente in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia non paga i premi o le partecipazioni ai costi entro la scadenza dei termini, l'assicuratore deve sollecitarlo per scritto e renderlo attento alle conseguenze della mora. L'assicuratore può quindi sospendere la remunerazione delle prestazioni finché i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora non siano stati interamente pagati. L'assicuratore informa nel contempo l'istanza d'assistenza reciproca competente nel luogo di residenza dell'assicurato come pure l'istituzione comune di cui all'articolo 18 della legge in merito alla sospensione delle prestazioni. Se i premi, le partecipazioni ai costi scoperti e gli interessi di mora sono interamente pagati, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione.

L'ordinanza disciplina questioni tecniche, all'intenzione soprattutto degli assicuratori malattie e non dà, eccettuato il cpv. 6, nessuna indicazione ai Cantoni.

### 1.3 Ripercussioni a livello cantonale

Le novità introdotte dal diritto federale, a partire dal 1° gennaio 2006, sono le seguenti:

- a) la materia relativa agli assicurati in mora con i pagamenti e diffidati è regolata dalla legge federale (art. 64a LAMal);
- b) la sospensione della remunerazione delle prestazioni da parte degli assicuratori è autorizzata dal diritto federale già al momento dell'avvio di una procedura di incasso forzato e non solo dopo aver ottenuto un ACB (art. 64a cpv. 2 LAMal);
- c) l'introduzione della possibilità per gli assicuratori di procedere alla compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato (art. 90 cpv. 6 OAMal).

Il nuovo articolo 64a LAMal consente quindi agli assicuratori malattie di sospendere dalle prestazioni gli assicurati diffidati e per i quali è stata depositata una domanda di esecuzione.

Ora, con l'entrata in vigore di questa nuova disposizione, vi sono due categorie di assicurati in mora con i pagamenti:

- quelli definiti dall'art. 64a LAMal;
- quelli definiti dall'attuale LCAMal.

Se non si dovesse procedere ad alcun adeguamento legislativo, la situazione diventerebbe poco chiara. Infatti, secondo l'attuale diritto cantonale, il rimborso allo scopo di evitare la sospensione assicurativa è possibile solo per gli assicurati insolventi con ACB o certificato di insolvenza. Non è invece possibile per gli assicurati sospesi secondo l'art. 64a LAMal, a seguito di diffida e domanda di esecuzione.

Il nuovo art. 64a LAMal impone quindi una modifica della legge cantonale di applicazione, perché vengono meno i presupposti dell'attuale normativa cantonale intesi ad evitare la sospensione assicurativa tramite il rimborso per gli assicurati insolventi.

Le sanzioni introdotte dalla LAMal nei confronti degli assicurati in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi sono certamente gravi e vanno dalla possibilità per gli assicuratori malattie di compensare i crediti scoperti attraverso la trattenuta delle prestazioni, alla possibilità di negare il rimborso dei costi. Per un'assicurazione obbligatoria a carattere universale ci si poteva legittimamente attendere, da parte della Confederazione, una regolamentazione delle conseguenze per gli assicurati in mora con i pagamenti e per i Cantoni. Così purtroppo non è stato e le nuove norme si

limitano a proteggere gli interessi economici degli assicuratori malattie. Questo approccio non può essere approvato. I Cantoni sono unanimi nel chiedere una soluzione nazionale per un tema delicato come quello degli assicurati che non pagano gli oneri LAMal. Tanto più che le nuove regole introdotte con l'OAMal creano ancor più difficoltà e incertezze. In particolare, si rileva:

- la mancata precisazione di cosa capita se l'assicuratore non rispetta le condizioni di diligenza poste dall'Ordinanza;
- la possibilità di procedere alle compensazioni, che genera confusione a livello di liquidazione dei crediti scoperti;
- la mancata indicazione delle vie di contestazione, qualora i Cantoni non concordassero con i conteggi degli assicuratori malattie (i quali, invocata nel frattempo la legge federale, possono tenere bloccata l'assunzione dei costi delle prestazioni nei confronti degli assicurati).

#### **1.4 Evoluzione del fenomeno**

Il numero degli assicurati insolventi è aumentato in modo importante nel nostro Cantone, come pure negli altri, a decorrere soprattutto dalla fine dell'anno 2004. Ciò ha determinato la lievitazione dei costi da 1.8 mio di franchi spesi nel 1992 a 11.6 mio previsti per il 2006.

Accanto a situazioni di bisogno, questo aiuto ha tuttavia costituito anche un espediente per taluni assicurati che, pur essendo in condizioni economiche per poterlo fare, hanno ritenuto di non pagare i premi dell'assicurazione obbligatoria ritenendosi al riparo dalle conseguenze di azioni esecutive (assenza di sostanza o con entrate correnti vicine al minimo vitale). Il Consiglio di Stato ha quindi, nell'ambito del preventivo 2005, cominciato a ridurre il periodo massimo di presa a carico a 5 anni (modifica degli artt. 85 e segg. Reg. LCAMal, entrata in vigore il 1° gennaio 2005).

In Ticino gli assicurati insolventi toccati da ACB alla fine del 2005 raggiungevano le 5'000 persone; di cui 2'215 per almeno 5 anni. Questi sono stati avvertiti con lettera delle conseguenze della loro insolvenza (sospensione assicurativa in virtù dell'art. 90 OAMal e a seguito dell'adeguamento del regolamento cantonale).

## **2. ADEGUAMENTO DELLA LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE**

All'aspetto istituzionale bisogna aggiungere quello sociale e finanziario relativo alla preoccupante evoluzione del fenomeno degli assicurati insolventi riscontrato negli ultimi tempi.

La modifica dell'ordinanza federale è stata comunicata ai Cantoni all'inizio del mese di novembre. I Cantoni, fra i quali il nostro, hanno potuto esprimersi in materia solo tramite la Conferenza dei direttori cantonali della sanità a inizio dicembre. A questo proposito va rilevato che la CDS è convinta che la soluzione per gli assicurati in ritardo nei pagamenti LAMal debba essere trovata a livello federale. È inaccettabile che la Confederazione si limiti, con la recente modifica legislativa, a conferire la possibilità agli assicuratori malattie di sospendere la remunerazione delle prestazioni, scaricando ogni conseguenza finanziaria e sociale sui Cantoni.

In ogni caso, preso atto del nuovo art. 64a LAMal e della modifica dell'art. 90 OAMal, è necessario che l'adeguamento della legge cantonale di applicazione entri in vigore assieme alla modifica federale, quindi retroattivamente al 1° gennaio 2006.

Una prima bozza di modifica legislativa è stata sottoposta a una preliminare procedura di consultazione.

In linea di principio le impostazioni preconizzate hanno riscontrato un parere favorevole. L'impostazione definitiva della modifica legislativa riprende l'impostazione originale e nel contempo tiene conto anche delle risultanze della predetta procedura di consultazione. Bisogna in ogni caso considerare che il nuovo concetto cantonale non può, e non deve, costituire un facile espediente per ottenere le cure medico-sanitarie senza pagare i premi d'assicurazione, per legge obbligatori (se del caso anche con l'ausilio dell'importo individuale di riduzione di premio).

Il medesimo si configura come una misura del tutto eccezionale a tutela della salute individuale per casi particolari.

## **2.1 Sintesi**

L'attuale normativa cantonale sugli assicurati insolventi viene sostituita con una soluzione che prevede la garanzia delle cure in caso di prima necessità. Ciò a tutela del diritto fondamentale contemplato dall'art. 12 della Costituzione federale (diritto all'aiuto in situazioni di bisogno).

La soluzione può essere applicata in due modi:

- il Cantone assume i costi delle cure prestate per questi casi, ai sensi di quanto si dirà più oltre. In altri termini invece di rimborsare l'assicuratore si pagano le cure in caso di prima necessità generate dall'assicurato a cui sono state sospese le prestazioni LAMal (punti 2.2 e 2.3);
- l'altra alternativa consiste nel rimborsare all'assicuratore i premi scoperti nei casi in cui si prevedono terapie prolungate e costose, al fine di ritirare la sospensione della copertura assicurativa nel caso specifico (punto 2.4).

È opportuno che il Cantone usufruisca delle due modalità d'intervento.

Per gli assicurati minorenni resta invece in vigore il sistema attuale di rimborso integrale per i premi non pagati dai genitori (punto 2.5). Questo perché un minorenne non deve essere svantaggiato dalle inadempienze del genitore in fatto di pagamenti nell'assicurazione malattie obbligatoria.

Occorre sottolineare che la normativa proposta concerne soprattutto coloro che, pur in condizioni economiche tali da potersi pagare l'assicurazione malattie – quindi con un reddito superiore ai limiti fissati per l'ottenimento della riduzione del premio – non pagano. Invece coloro che hanno diritto alla riduzione del premio dell'assicurazione contro le malattie, versata direttamente all'assicuratore, ricevono i mezzi che dovrebbero permettere loro di ossequiare agli obblighi assicurativi. A maggior ragione l'osservazione vale per i beneficiari di prestazione complementare, esentati dal pagare il premio effettivo e per i quali il premio viene versato direttamente all'assicuratore, e di prestazione assistenziale, per i quali il disegno di legge propone il versamento diretto all'assicuratore.

## **2.2 Cure di prima necessità**

L'assicurato a cui sono sospese le prestazioni, che abbisogna di cure di prima necessità, deve passare tramite un pronto soccorso dell'EOC.

Il pronto soccorso definisce se si tratta di cure:

- ambulatoriali;
- ospedaliere.

Le cure ambulatoriali, come quelle ospedaliere, vengono garantite dall'EOC solo nella misura in cui sono necessarie.

L'EOC è già investito, per legge, del compito di tutela della salute individuale e della salute pubblica, e quindi tenuto all'intervento in casi di necessità.

La definizione di cure di prima necessità nei casi specifici è legata al giudizio medico. Il giudizio è comunque sempre clinico e può essere stabilito solo dopo l'esame (a posteriori). Il Consiglio di Stato disciplinerà i particolari, con riferimento all'esperienza ed alle esigenze operative dei pronto soccorsi.

I servizi medici interessati dovranno confermare dal profilo medico-sanitario ogni tipo di cura.

### **2.3 Presa a carico della cura di prima necessità**

A seguito della nuova normativa federale, ma anche per poter utilizzare le risorse stanziare per la riduzione del premio ai cittadini di effettivo bisogno, questo Consiglio di Stato propone di passare dal rimborso agli assicuratori malattie dei crediti scoperti in caso di assicurati insolventi (situazione attuale), al pagamento diretto delle prestazioni di cura per i casi di prima necessità.

Già attualmente le strutture sanitarie pubbliche devono assumersi comunque le cure in caso di necessità e urgenza. Per questo motivo appare indicato e opportuno che le medesime strutture, in particolare i loro pronto soccorsi, garantiscano le cure di prima necessità per gli assicurati a cui sono state sospese le prestazioni LAMal. In generale, oltre all'EOC, non sono previsti dei pagamenti da parte del Cantone verso altri fornitori di prestazioni, ad eccezione delle indicazioni riportate di seguito.

La proposta intende inoltre responsabilizzare maggiormente gli assicurati verso il pagamento obbligatorio dei premi e delle partecipazioni LAMal; e ciò nel rispetto del principio di solidarietà che sorregge l'assicurazione sociale delle cure medico-sanitarie. Infatti la norma federale introdotta prevede chiaramente che l'assicurato, la cui copertura assicurativa LAMal è stata sospesa dal proprio assicuratore malattie, perderà la possibilità di accedere liberamente ai fornitori di prestazioni riconosciuti dalla LAMal.

#### **2.3.1 Cure somatiche (EOC)**

In virtù dell'art. 3 cpv. 2 della legge sull'EOC – e parimenti richiamato l'art. 5 lett. c) LELOC (dovere di intervento nei casi di necessità) – il Cantone definirà con l'EOC un mandato specifico per la presa a carico degli assicurati a cui sono state sospese le prestazioni LAMal, bisognosi di cure di prima necessità.

I costi che competono agli assicuratori malattie e non recuperabili per via esecutiva, sono assunti dal Cantone.

Non è da escludere, per il futuro, l'estensione di mandati specifici anche a strutture stazionarie private, soprattutto se la legge federale imponesse un nuovo sistema di finanziamento uniforme di tutte le strutture comprese nella pianificazione ospedaliera. In questa prima fase appare tuttavia opportuno limitarsi ai servizi di base dell'EOC.

### **2.3.2 Cure somatiche esterne all'EOC a livello cantonale**

Si tratta, in particolare, della medicina cardiaca (CCT) e della riabilitazione neurologica non prestata dall'EOC. Di regola la necessità delle cure viene stabilita dai servizi EOC, che prendono in esame il paziente in fase iniziale.

### **2.3.3 Cure fuori Cantone**

La necessità di cure fuori Cantone verrà stabilita, nell'ambito delle cure di prima necessità, conformemente ai motivi medici per le ospedalizzazioni extracantonali stabiliti dall'art. 41 cpv. 2 LAMal e solo per casi eccezionali. Qualora non fosse ripristinato il riconoscimento delle prestazioni da parte dell'assicuratore, la differenza tra quanto riconosciuto dal Cantone ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 LAMal e la fatturazione dell'ospedale extracantonale, per gli assicurati oggetto di sospensione delle prestazioni rientra a carico del Cantone. In questi casi il Cantone deve rilasciare la garanzia, che sostituirà quella analoga emessa dall'assicuratore malattie relativamente ai casi ordinari.

### **2.3.4 Medicamenti**

L'EOC non può garantire la fornitura dei medicamenti nei casi di prima necessità trattati ambulatorialmente o per i casi cronici non ospedalizzati.

La soluzione preconizzata è quella di pagare direttamente le farmacie, ma solo sulla base di una prescrizione medica da parte dell'EOC, quindi unicamente nell'ambito delle cure di prime necessità.

### **2.3.5 Servizi di soccorso**

La presa a carico dei costi degli interventi con l'ambulanza e in caso di urgenza, che rientrano nelle competenze dell'assicurazione obbligatoria delle cure e non recuperabili per via esecutiva, è assunta dal Cantone.

## **2.4 Rimborso diretto agli assicuratori malattie**

Per i casi particolari di assicurati bisognosi di cure importanti o continue, a tutela della salute individuale può essere indicato mantenere un accesso regolare ai fornitori di prestazioni. È quindi opportuno che il disegno di legge preveda per il Cantone l'alternativa di rimborsare i crediti scoperti all'assicuratore malattie. Può essere il caso di malati oncologici bisognosi di cure prolungate, oppure di interventi chirurgici importanti, che sovente comportano cure conseguenti di lunga durata, oppure di malattie croniche che necessitano di cure importanti. In questi casi appare opportuno garantire il mantenimento di un accesso ordinario ai fornitori di prestazioni.

## **2.5 Assicurati minorenni**

I minorenni non sono responsabili delle inadempienze dei loro genitori e non devono subire le conseguenze della sospensione assicurativa.

La soluzione appropriata appare dunque quella del rimborso dei crediti scoperti all'assicuratore malattie, quando i genitori si trovano nella situazione di sospensione delle prestazioni.

In questo modo ai minorenni è garantito l'accesso ordinario ai fornitori di prestazioni, senza le limitazioni imposte ai genitori in mora con i pagamenti. Agli assicuratori malattie verrà fatto invito di non sospendere in alcun caso la remunerazione delle prestazioni nei confronti di assicurati minorenni.

## 2.6 Possibilità di regresso contro l'assicurato

La soluzione prospettata rispetta e concretizza lo spirito della nuova normativa federale, di cui all'art. 64a LAMal, ma si preoccupa tuttavia di evitare casi di rigore (nel senso di gravi danni alla salute individuale). Una soluzione quindi che rafforza la responsabilità individuale evitando situazioni drammatiche. Una soluzione che potrebbe anche diventare costosa se il Cantone non avesse la possibilità di regresso nei confronti dell'assicurato (o dei suoi parenti in virtù dell'assistenza tra parenti giusta l'art. 328 CC). Occorre quindi tutelare il Cantone nei confronti degli assicurati che non adempiono al loro dovere di pagare i premi obbligatori, ma anche rispettare il principio di equità verso tutti coloro che pagano regolarmente i premi.

La soluzione proposta riprende il quadro giuridico valido per il regresso nell'assistenza sociale. Gli oneri che il Cantone si assume, al posto dell'assicurato a cui sono state sospese le prestazioni LAMal, possono quindi essere oggetto di regresso. Già oggi si utilizza questa possibilità con i crediti acquisiti attraverso ACB.

La possibilità di regresso da parte del Cantone deve inoltre essere prevista anche verso l'assicuratore malattie, nel caso il Cantone abbia pagato preliminarmente prestazioni medico-sanitarie per un assicurato a cui è stata sospesa la copertura, e di seguito il Cantone avesse a rimborsare i crediti scoperti nei confronti dell'assicuratore nella finalità di riattivare il diritto al rimborso dell'assicuratore.

Infatti, pur essendo sospesa la copertura assicurativa in virtù dell'art. 64a cpv. 2 LAMal, l'assicurato in mora con i pagamenti resta sempre affiliato presso l'assicuratore malattie. In altri termini rimane annoverato nel campo di applicazione personale della LAMal. La sospensione della remunerazione delle prestazioni non equivale infatti alla fine dell'affiliazione o all'esclusione dell'assicurato in mora con i pagamenti dal proprio assicuratore.

L'art. 64a cpv. 3 LAMal prevede che *“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.”*

## 2.7 Beneficiari di prestazione assistenziale

Il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure rientra come voce di fabbisogno nel calcolo della prestazione assistenziale. È necessario, per evitare pagamenti in doppio e rischi finanziari per lo Stato, che per tutti i beneficiari di prestazioni assistenziali si proceda - come tra l'altro per i beneficiari PC AVS/AI - al pagamento diretto dei premi verso l'assicuratore malattie. Questa impostazione necessiterà un aggiornamento dell'applicativo informatico che gestisce le prestazioni assistenziali.

## 3. CONSIDERAZIONI DI ORDINE AMMINISTRATIVO

La nuova impostazione per la gestione degli assicurati a cui sono state sospese le prestazioni LAMal comporterà dei cambiamenti anche sotto il profilo della gestione amministrativa. In particolare:

- a) le competenze legate ai pagamenti verso specifici fornitori di prestazioni (questa prospettiva oggi non è praticata), inclusa la verifica di plausibilità della richiesta del fornitore di prestazioni;
- b) l'adeguamento del supporto informatico;

- c) il rilascio di garanzie di riconoscimento dei costi;
- d) la gestione del regresso.

#### **4. EVOLUZIONE DELLA CASISTICA E DEI RELATIVI COSTI**

Mantenendo le norme attualmente in vigore i costi aumenterebbero in modo importante per gli anni futuri e l'effetto sulle finanze cantonali diventerebbe preoccupante. I nuovi criteri proposti in seguito alla modifica federale costituiscono un deterrente nei confronti di coloro che, pur avendone i mezzi, oggi riescono a sottrarsi al pagamento degli oneri LAMal attraverso l'attestato di carenza beni.

All'inizio e in assenza di esperienza, è impossibile valutare preventivamente ed in modo appropriato l'evoluzione del numero dei casi e dei costi per questo nuovo tipo di intervento. Si propone pertanto di definire la spesa e soprattutto eventuali correttivi partendo dai primi dati di consuntivo per l'anno 2006.

Il nuovo intervento si orienta agli assicurati che non ottemperano ai loro obblighi assicurativi, si trovano con le prestazioni LAMal sospese, e che hanno bisogno di cure di prima necessità. Dei 5'000 assicurati insolventi per l'anno 2005, solo una parte ha avuto bisogno di cure. Per questo motivo le persone interessate diminuiranno in modo significativo, in ogni caso durante i primi anni di applicazione della misura. È pertanto ipotizzabile una diminuzione dei costi rispetto ad oggi.

#### **5. COMMENTO AGLI ARTICOLI DI LEGGE**

##### **5.1 Articolo 20 (modifica): principio**

Il principio di fondo che regge la nuova impostazione relativa agli assicurati la cui copertura è stata sospesa in forza dell'art. 64a LAMal, è quello secondo cui le cure di prima necessità sono comunque garantite dal Cantone.

Vengono inoltre specificati, in particolare, i seguenti principi:

- il pagamento diretto all'assicuratore malattie per i crediti scoperti riguardanti i minorenni (cpv. 1), nella finalità di non penalizzare gli assicurati minorenni in ragione delle inadempienze dei genitori;
- il pagamento diretto all'assicuratore malattie per gli assicurati maggiorenni, in casi particolari e qualora la gravità della malattia o la sua cronicità giustifichino il mantenimento della copertura assicurativa [cpv. 2 lett. a)];
- la possibilità di assumere direttamente i costi di cura, ai sensi di quanto indicato attraverso il presente Messaggio [cpv. 2 lett b)]

##### **5.2 Articolo 21 (modifica): regresso**

È legittimo che lo Stato si avvalga della facoltà di regresso, sia nel caso di pagamento diretto ai fornitori di prestazioni, sia nella situazione di rimborso di crediti scoperti nei confronti degli assicuratori.

Ciò vale, in particolare, anche nelle situazioni in cui il Cantone ha assunto prestazioni medico-sanitarie per un assicurato a cui è stata sospesa la copertura, e l'assicuratore deve riconoscere le prestazioni intervenute durante la sospensione in ragione del

pagamento integrale dei crediti scoperti da parte del Cantone o dell'assicurato medesimo (art. 64a cpv. 3 LAMal).

### **5.3 Articolo 22 (modifica): procedura**

La norma discende dall'art. 64a cpv. 2 LAMal, seconda frase, e meglio: *"Nello stesso tempo (l'assicuratore, n.d.a.) informa della sospensione delle prestazioni l'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo di assicurazione"*.

### **5.4 Articolo 83a (nuovo): disposizione transitoria**

La norma disciplina la gestione temporale delle istanze degli assicuratori malattie relative ai crediti scoperti dei propri assicurati.

La modifica della LCAMal, che sostituisce il rimborso dei crediti scoperti con la garanzia delle cure in caso di prima necessità, mantenendo comunque il rimborso per gli assicurati minorenni e bisognosi soprattutto di cure importanti e continue (art. 20), deve entrare in vigore il 1° gennaio 2006 (data dell'entrata in vigore dell'art. 64a LAMal e della modifica dell'art. 90 OAMal).

Per le pratiche nel frattempo correnti la soluzione operativa proposta si configura come segue:

- per le pratiche inoltrate entro il 30 giugno 2006: si applicano i disposti previgenti; e questo indipendentemente dall'anno a cui si riferiscono i crediti scoperti;
- per le pratiche inoltrate a partire dal 1° luglio 2006: si applicano le disposizioni che discendono dalla presente modifica di legge; e questo indipendentemente dall'anno a cui si riferiscono i crediti scoperti.

## **6. RELAZIONI CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO**

Questa modifica legislativa corrisponde a quanto previsto dalle linee direttive e piano finanziario 2004/2007 edizione novembre 2005: si veda l'allegato 4, Piano delle principali modifiche legislative e le Tabelle 3 e 3a dell'allegato 2 con l'evoluzione dei contributi cantonali dal 2006 al 2009.

Essa determina le seguenti conseguenze finanziarie:

- spese di investimento: adeguamento dell'applicativo informatico;
- spese correnti annue a livello di contributi: per il momento non stimabili in modo appropriato (si richiama il punto 4); inoltre si dovranno aggiornare gli applicativi informatici (sia della gestione degli assicurati a cui sono sospese le prestazioni in forza dell'art. 64a LAMal, che per le prestazioni assistenziali).

Sotto il profilo della parità uomo-donna e dell'eurocompatibilità, questa modifica legislativa non pone alcun problema. Per quanto concerne gli enti subalterni, e segnatamente i Comuni, gli oneri saranno ripartiti in virtù degli attuali articoli 50 e 51 LCAMal.

## 7. CONCLUSIONI

Richiamate le considerazioni esposte nel presente Messaggio, vi invitiamo a voler approvare la modifica LCAMaI proposta.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, L. Pedrazzini

Il Cancelliere, G. Gianella

Disegno di

## LEGGE

### cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997; modifica

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 5 luglio 2006 n. 5810 del Consiglio di Stato;
- ritenuto che i termini utilizzati in tutta la legge sono da intendere sia al maschile che al femminile,

#### d e c r e t a :

I.

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

#### TITOLO III - Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi

##### Articolo 20

###### A. Principio

<sup>1</sup>Il Cantone rimborsa agli assicuratori malattie i crediti scoperti per gli assicurati minorenni i cui genitori sono oggetto di sospensione della copertura d'assicurazione.

<sup>2</sup>Il Cantone può inoltre:

- a) rimborsare all'assicuratore malattie i crediti scoperti vantati nei confronti dell'assicurato a cui è sospesa la copertura assicurativa, in caso di cure di prima necessità;
- b) assumere direttamente i costi di cura di prima necessità.

<sup>3</sup>Il Consiglio di Stato disciplina i particolari.

##### Articolo 21

###### B. Regresso

<sup>1</sup>Con l'assunzione dei costi di cura il Cantone ha il diritto di regresso nei confronti dell'assicurato la cui copertura assicurativa è sospesa, del coniuge, del convivente, dei suoi parenti, dei suoi eredi, legatari o donatari, fino a concorrenza di quanto pagato.

<sup>2</sup>Se i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono pagati integralmente dall'assicurato o rimborsati dal Cantone, quest'ultimo ha il diritto di regresso, fino a concorrenza di quanto pagato, nei confronti dell'assicuratore malattie, se ha già anticipato i costi delle prestazioni di cui ha beneficiato l'assicurato durante la sospensione della copertura d'assicurazione.

<sup>3</sup>Il Consiglio di Stato disciplina i particolari.

## **Articolo 22**

### **C. Procedura**

Il Consiglio di Stato stabilisce la procedura per l'annuncio al Cantone degli assicurati a cui è sospesa la copertura assicurativa.

## **Articolo 83a (nuovo)**

### **D. Rimborso dei crediti scoperti agli assicuratori malattie**

Alle richieste di rimborso per crediti scoperti avanzate entro il 30 giugno 2006 si applicano le disposizioni previgenti.

A quelle avanzate a partire dal 1° luglio 2006 si applicano le presenti disposizioni.

## **II.**

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

### **Articolo 25**

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

## **III.**

<sup>1</sup>Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

<sup>2</sup>Essa entra in vigore con effetto retroattivo al 1° gennaio 2006.