

Scuola Universitaria Professionale
della Svizzera Italiana

Dipartimento
Sanità

SUPSI

DSAN

Dipartimento Sanità

DSAS

Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali

Studio sul fenomeno degli assicurati morosi

Mandato del Consiglio di Stato

Risoluzione governativa
n. 990 del 10 marzo 2009

Michele Egloff
Docente ricercatore SUPSI

Luglio 2009

Studio sul fenomeno degli assicurati morosi

Mandato del Consiglio di Stato

Risoluzione governativa
n. 990 del 10 marzo 2009

Autore

Michele Egloff, SUPSI, Dipartimento Sanità

Gruppo di accompagnamento del progetto

Riccardo Crivelli, SUPSI, Dipartimento Sanità

Spartaco Greppi, SUPSI, Dipartimento Scienze aziendali e sociali

Christian Marazzi, SUPSI, Dipartimento Scienze aziendali e sociali

Carmen Vaucher de la Croix, SUPSI, Dipartimento Scienze aziendali e sociali

Estrazioni dalle banche dati amministrative, preparazione dati grezzi e elaborazioni cartografiche

Fabrizio Bricalli, Centro sistemi informativi del Dipartimento delle finanze e dell'economia
del Canton Ticino

Rappresentante del mandante

Bruno Cereghetti, Ufficio dell'assicurazione malattie del Dipartimento della Sanità e della socialità
del Canton Ticino

Informazioni

Michele Egloff: 058 666 64 00, michele.egloff@supsi.ch

Bruno Cereghetti: 091 821 93 12, bruno.cereghetti@ias.ti.ch

Manno, 31 luglio 2009

Indice

pagina

Cifre chiave del fenomeno	5
1 Introduzione	7
1.1 Richiamo del mandato	7
1.2 Impostazione del lavoro e svolgimento del rapporto	8
2 Definizione delle popolazioni studiate	11
3 Costruzione dei set di dati e valutazioni	12
3.1 Costruzione dei set di dati	12
3.1.1 Assicurati sospesi e riammessi: serie temporali	12
3.1.2 Assicurati sospesi e riammessi: analisi trasversali	12
3.1.3 Assicurati beneficiari di cure di prima necessità	14
3.2 Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione	14
3.3 Raccomandazioni	16
3.3.1 Dati riguardanti gli assicurati sospesi e riammessi	16
3.3.2 Dati riguardanti gli assicurati beneficiari di cure di prima necessità	17
4 Analisi e valutazioni	18
4.1 Numero degli assicurati morosi	18
4.2 Descrizione della popolazione degli assicurati morosi	20
4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche	21
4.2.1.1 Età	21
4.2.1.2 Sesso e stato civile	23
4.2.1.3 Nazionalità	23
4.2.2 Prestazioni sociali	24
4.2.2.1 Riduzione dei premi dell'assicurazione malattie	24
4.2.2.2 Prestazioni sociali ai sensi della LAPS	26
4.2.3 Situazione economico-finanziaria	27
4.2.3.1 Tassazione	28
4.2.3.2 Reddito lordo e reddito disponibile residuale	29
4.2.3.3 Attestati carenza beni	32
4.3 Tasso di morosità	33
4.3.1 Categorie socio-demografiche	33
4.3.1.1 Età	33
4.3.1.2 Sesso e stato civile	34
4.3.1.3 Nazionalità	35
4.3.2 Rappresentazione spaziale	35
4.4 Durata e frequenza delle sospensioni	40
4.4.1 Durata delle sospensioni	40
4.4.2 Frequenza delle sospensioni	42

Indice (continuazione)

pagina

4.5 Stima dello scoperto e dell'impatto finanziario per il Cantone	43
4.5.1 Stima dello scoperto	43
4.5.2 Stima dell'impatto finanziario per il Cantone	45
4.6 Cure di prima necessità	46
4.6.1 Costi delle prestazioni	47
4.6.2 Numero dei beneficiari	49
4.6.3 Descrizione dei beneficiari	50
4.6.3.1 Età	51
4.6.3.2 Sesso	52
 5 Sintesi e conclusioni	 53
5.1 Entità e tendenze del fenomeno	53
5.2 Efficacia dell'articolo 64 a LAMal	54
5.3 Evoluzione dell'impatto finanziario sulle casse dello Stato	57
5.4 Il prelievo alla fonte dei premi	58
5.5 Sviluppi e approfondimenti	59
 6 Raccomandazioni finali	 60
6.1 Decreto legislativo del 15 dicembre 2008	60
6.2 Dépistage, tempi di intervento, coinvolgimento degli enti locali	60
6.3 Prestazioni sociali	60
6.4 Prelievo alla fonte dei premi	61
6.5 Annunci delle sospensioni e delle riammissione da parte degli assicurati	61
6.6 Monitoraggio del fenomeno	61
6.7 Sviluppi e approfondimenti	61
 Bibliografia	 62
Indirizzi di rete su Internet (URL)	63
 Lista delle tabelle	 63
Lista dei grafici	64
Lista delle rappresentazioni cartografiche	64
Lista delle abbreviazioni e degli acronimi	65

Allegati: Tabelle dei dati

(fascicolo separato)

Ringraziamenti

L'autore del rapporto esprime i propri ringraziamenti ai membri del gruppo di accompagnamento interno alla SUPSI, Carmen Vaucher de la Croix, Spartaco Greppi, Christian Marazzi e Riccardo Crivelli per la condivisione delle loro riflessioni e per i preziosi suggerimenti ricevuti durante l'intero svolgimento del mandato, ad Antonio Kocsis della Divisione delle contribuzioni per l'impegno mostrato nel vagliare le nostre richieste riguardanti l'utilizzo dei dati delle tassazioni, a Piergiorgio Zanetti dell'USTAT, Massimo Battilocchi del Servizio centrale delle prestazioni sociali, Luca Bonfanti, Martina Bianchi e Stefania Snidro dell'Ufficio Assicurazioni malattia per la messa a disposizione dei dati necessari allo studio e per le tempestive risposte alle richieste di complementi d'informazione.

Un ringraziamento particolare va al signor Fabrizio Bricalli del Centro sistemi informativi del Dipartimento delle finanze e dell'economia e ai suoi colleghi coinvolti puntualmente per operazioni di competenza tecnica per la gradevole e competente collaborazione grazie alla quale è stato possibile identificare ed estrarre l'informazione disponibile da diverse banche dati amministrative e organizzarla in una serie di file di dati funzionali alle analisi previste.

Un sentito ringraziamento va al signor Bruno Cereghetti, responsabile dell'Ufficio dell'assicurazione malattie, che si è adoperato affinché, nonostante i tempi ristretti, potessimo lavorare nelle migliori condizioni possibili. La sua disponibilità, la sua esperienza e le sue conoscenze, ma soprattutto la sua passione e il suo impegno nel voler proporre soluzioni sostenibili a dei problemi che gli stanno a cuore hanno inoltre fatto di lui un interlocutore oltremodo gradito sia in fase d'impostazione sia di consolidamento del nostro lavoro.

Infine, si ringraziano il Consiglio di Stato e il Dipartimento della sanità e della socialità per la fiducia accordata con il conferimento del mandato.

Avvertenza

L'eventuale utilizzo di espressioni che possono indicare una forma femminile o maschile è considerato equivalente

Cifre chiave del fenomeno

- 14'000: la stima del numero degli assicurati morosi raggiunto in Ticino nel corso del 1° trimestre del 2009, quasi 13'000 dei quali sono maggiorenni (p. 18); alla fine del 2009 dovrebbero essere almeno 15'500 e alla fine del 2010 all'incirca 18'000 (p. 44).
- 8'500: il numero di sospensioni registrate nel solo periodo di un anno, da luglio del 2006 a giugno del 2007 (p. 19)
- 500: l'incremento trimestrale approssimativo del numero totale di assicurati morosi, stabile dall'inizio del 2008 (p. 19)
- 1.7%: la proporzione degli assicurati riammessi nel 1° trimestre del 2009 rispetto al numero di assicurati morosi contati al 31 marzo 2009 (p. 19), ossia poco meno di 250 su 14'000.
- 30%: la proporzione degli assicurati morosi maggiorenni che beneficiano di una riduzione dei premi dell'assicurazione malattie (p. 24)
- 30%: la proporzione delle prestazioni erogate a maggiorenni dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI) di cui beneficiano gli assicurati morosi (p. 26)
- 4.3%: il tasso di morosità nell'insieme delle persone che sottostanno all'obbligo di contrarre l'assicurazione malattie di base; 4.7%, il tasso di morosità dei maggiorenni (p. 33).
- 6%: il tasso di morosità raggiunto, e sovente superato, dalle classi di età comprese tra i 25 e i 54 anni (p. 33)
- 13.5%: il tasso di morosità tra gli uomini divorziati; all'opposto le categorie socio-demografiche studiate meno toccate dal fenomeno sono le vedove con un tasso dell' 1.6% e le persone anziane a partire dai 70 anni con un tasso inferiore all' 1.5% (p. 34)
- 3: il numero di Comuni ticinesi che non contano assicurati morosi tra i propri abitanti (p. 35)
- 26 mesi: la durata mediana delle sospensioni in corso; 8 mesi: la durata mediana delle sospensioni degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre del 2009 (p. 40)
- 1/5: la proporzione degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009 che avevano in precedenza già avuto una o più sospensioni (p. 42)

Cifre chiave del fenomeno (continuazione)

- 130 milioni di franchi: la stima dello scoperto presso gli assicuratori il 31 marzo 2009; 175 milioni l'importo dello scoperto stimato per il 31 dicembre 2009 e circa 245 milioni quello stimato per il 31 dicembre 2010 (p. 43)
- 7 milioni: la fattura globale dei costi per cure di prima necessità inoltrati all'UAM dall'entrata in vigore dell'articolo 64a LAMal sino alla fine del 2008 (p. 47)
- 4000 franchi: la fattura media per assicurato moroso maggiorenne che ha beneficiato di cure di prima necessità; 900 franchi la fattura media per assicurato minorenni (p. 48)
- 2000: gli assicurati sospesi che hanno beneficiato di cure di prima necessità dal 1° gennaio 2006; 1650 di essi erano maggiorenni (p. 49)
- 8%: la proporzione annuale di assicurati morosi che ricorrono a cure di prima necessità (p. 49)

1 Introduzione

1.1 Richiamo del mandato

Il Consiglio di Stato, richiamata la decisione del 15 dicembre del Gran Consiglio tesa a “richiedere al Consiglio di Stato di far allestire dalla SUPSI uno studio approfondito per conoscere il fenomeno degli assicurati morosi” (cfr. rapporto 6138 R, 2.12.2008, della Commissione della gestione e delle finanze sul messaggio del 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 contro le malattie, del 18 settembre 2007)

osservato che il campo di indagine di cui sopra è definito come segue (*ibid.*):

- a) analisi dell’impatto del decreto legislativo del 18.9.2007 nel periodo 2006-2008 sugli assicurati morosi e sull’evoluzione della casistica;
- b) stima dell’impatto finanziario del fenomeno degli assicurati morosi per il Cantone in questi anni e nel medio-lungo termine (sia nel caso lo scenario attuale si perpetui, sia nel caso si applichi la modifica concordata dalla Conferenza dei Direttori della Sanità e da SantéSuisse);
- c) correttivi giuridici eventuali da apportare al decreto legislativo allegato, alla LCAMal o al Regolamento LCAMal da mettere in vigore a partire del 1.1.2010: si tratta di valutare anche i suggerimenti contenuti in atti parlamentari (tra cui il prelievo alla fonte dei premi, esaminato dal messaggio a pag. 8) e l’efficacia delle legislazioni degli altri cantoni nel medesimo periodo 2006-2008,

dà mandato, con risoluzione del 10 marzo 2009, al Dipartimento sanità e al Dipartimento scienze aziendali e sociali della SUPSI di realizzare lo studio in questione sulla base dell’offerta inoltrata il 13 febbraio all’Onorevole Consiglieria di Stato Patrizia Pesenti.

Nell’offerta della SUPSI gli obiettivi sopra richiamati sono riformulati così:

- a) L’analisi degli assicurati morosi nel periodo 2006-2008 avverrà sulla base dei dati messi a disposizione dall’UAM e/o da altri servizi dell’Amministrazione cantonale (per esempio i dati fiscali). Si propone pertanto un esame dei dati disponibili per lo studio del fenomeno degli assicurati morosi (pertinenza, esaustività, qualità). Per quanto i dati disponibili lo permetteranno, si lavorerà all’approfondimento e al consolidamento degli studi effettuati dal Capo dell’UAM (Cereghetti, 2007, 2008a, 2008b e 2009), nonché all’approfondimento dettagliato di aspetti ritenuti rilevanti, quali ad esempio, la situazione degli assicurati morosi al beneficio della riduzione di premio, oppure gli assicurati con ACB¹, o altre categorie di assicurati. In particolare, sarà analizzata la situazione socio-economica e in base ai dati disponibili lo stato di salute degli assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni.
- b) Occorre distinguere tra l’evoluzione dell’impatto finanziario effettivamente registrato negli anni 2006-2008 e la valutazione degli scenari futuri. Per l’evoluzione 2006-2008, in base ai dati disponibili, sarebbe auspicabile disporre di una visione aggregata, ma anche di una distinzione per tipologia di assicurati, al fine di determinarne la loro incidenza sull’impatto finanziario globale. Per quanto riguarda l’evoluzione futura, si tratterà di formulare delle ipotesi sugli sviluppi della situazione in base alle conoscenze acquisite. La riflessione non verterà

¹ Attestato di carenza di beni. La lista delle abbreviazioni e degli acronimi si trova a p. 65.

esclusivamente sui parametri di una particolare soluzione (come quella eventualmente concordata tra la CDS e santésuisse), ma terrà conto dell'importanza e del peso che potranno avere nei prossimi anni dei fattori "esogeni", quali l'evoluzione demografica, l'evoluzione economica, l'evoluzione dei premi.

- c) Con riferimento all'ipotesi del prelievo alla fonte dei premi, occorrerà riprendere le considerazioni sviluppate nel messaggio e valutarle in modo più approfondito. Dati i tempi previsti, non è pensabile di analizzare in dettaglio altre misure. Si propone infine, per quanto riguarda il richiamo alla valutazione dell'efficacia di legislazioni in altri cantoni, di delegare l'esame di tale aspetto direttamente all'UAM e di non includerlo nel mandato in oggetto.

1.2 Impostazione del lavoro e svolgimento del rapporto

In un primo tempo sono state definite, sulla base delle disposizioni legali e dei regolamenti, le popolazioni di riferimento il cui studio avrebbe potuto consentire di dare risposta ai quesiti formulati nel mandato (vedi il capitolo 2 Definizione delle popolazioni studiate).

In seguito, si sono identificate le banche dati da cui partire per costituire i set di dati e ci si è concentrati sulle informazioni pertinenti che avrebbero potuto arricchire l'analisi delle popolazioni di riferimento. Si è fatto l'inventario delle possibili fonti di dati amministrativi esistenti al di fuori dei dati elettronici nel modulo "assicurati sospesi" del sistema informatico a disposizione dell'UAM e si è proceduto in seguito a verificarne la disponibilità e la possibilità di appaiare le loro informazioni utili, individuo per individuo, a quelle disponibili nei file iniziali (vedi capitolo 3 Costruzione dei set di dati e valutazioni).

Si è quindi proceduto ad estrarre le osservazioni desiderate dalle banche dati esistenti e a organizzarle in file di dati strutturati in modo funzionale alle analisi previste (vedi il paragrafo 3.1 Costruzione dei set di dati).

La preparazione dei file di dati si è rivelata molto più complessa e onerosa in risorse di quanto preventivato. L'informazione esistente, seppur organizzata, non lo è per i bisogni dell'analisi. Il lavoro realizzato nel corso del mandato ha quindi permesso di fare l'inventario dei problemi (o dei limiti) legati all'acquisizione, alla gestione, all'analisi e all'interpretazione dei dati ora disponibili. Nel paragrafo 3.2 (Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione) sono elencati i problemi maggiori ai quali ci si confronta qualora si voglia quantificare e studiare il fenomeno degli assicurati morosi in modo esaustivo. Il capitolo si chiude con una lista di proposte miranti a migliorare la banca dati dell'UAM (vedi il paragrafo 3.3 Raccomandazioni), nell'ottica di disporre in futuro di uno strumento in grado di monitorizzare il fenomeno nelle sue componenti principali. La presa di decisioni di carattere amministrativo e politico, fondata su solide basi statistiche, disponibili "in tempo reale", non potrà che esserne facilitata e rinforzata.

I risultati dell'analisi dei dati sono esposti nel capitolo 4 (Analisi e valutazioni). Si è innanzitutto proceduto al conteggio degli assicurati le cui prestazioni assicurative sono sospese in virtù dell'articolo 64a della LAMal (vedi riquadro, p. 11). L'obiettivo è di stimare al meglio la consistenza numerica del fenomeno e la sua evoluzione nel tempo (vedi paragrafo 4.1 Numero degli assicurati morosi). Nella discussione dei risultati si segnaleranno tutti i fattori più importanti che potrebbero incidere in modo decisivo sulla qualità della stima. S'indicherà inoltre il senso della distorsione provocata da questi fattori e, nella misura del possibile, si cercherà di quantificarla. In un secondo tempo, ci si occuperà delle fluttuazioni trimestrali dei "nuovi" sospesi (tra virgolette

perché non si può escludere che questi assicurati non siano già stati sospesi in passato e in seguito riammessi nei trimestri precedenti) e delle riammissioni.

Alla descrizione della popolazione degli assicurati morosi è dedicato il paragrafo 4.2 (Descrizione della popolazione degli assicurati morosi). Le loro caratteristiche socio-demografiche saranno raffrontate a quelle della popolazione residente civile come pure a quelle dei beneficiari di prestazioni sociali (4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche). Si è inoltre accertato (4.2.2 Prestazioni sociali) in che misura gli assicurati morosi beneficino di prestazioni sociali quali la riduzione dei premi dell'assicurazione malattie (RIPAM), l'assegno integrativo (AFI), l'assegno di prima infanzia (API) o altre prestazioni volte in particolare al sostegno sociale e dell'inserimento (USSI).

Nel paragrafo 4.3 (Tasso di morosità) ci s'interesserà alla percentuale della popolazione residente civile che si trova (o che si è trovata) senza la copertura assicurativa di base obbligatoria prevista dalla LAMal. Si tratta di una stima che teoricamente dovrebbe approssimare in modo soddisfacente la percentuale di assicurati morosi sull'insieme delle persone che sottostanno all'obbligo assicurativo in Ticino. Si è pure proceduto distintamente al calcolo della stima della percentuale per il sottoinsieme dei maggiorenni al fine di misurare il fenomeno presso quella parte della popolazione che, per legge, è tenuta a contrarre la copertura di base per sé e, se del caso, per la propria prole minorenni.

Oltre alla discussione dell'evoluzione nel tempo del tasso di morosità (4.3.1), si è pensato che fosse opportuno analizzare anche la dispersione spaziale e la varianza comunale del fenomeno. La rappresentazione cartografica per distretto e per comune della rilevanza del problema mira a informare e a sensibilizzare gli enti locali della diffusione capillare del fenomeno (4.3.2 Rappresentazione spaziale). Questi ultimi, infatti, sarebbero tenuti, per volontà delle autorità cantonali, ad intervenire in modo tempestivo all'insorgere di situazioni critiche onde arginare il fenomeno sul nascere (vedi in particolare artt. 40 e 41 Reg. LCAMal).

Come facilmente ipotizzabile, ed in gran misura confermato dai risultati dello studio di Cereghetti sull'argomento (2008b), la situazione economico-finanziaria degli assicurati incide in modo significativo sulla probabilità di finire nel lotto dei morosi nei confronti delle CM ed è quindi da considerare come un fattore di rischio molto importante. Per saperne di più e investigare nel dettaglio questa dimensione si era considerata la possibilità di ricorrere a un appaiamento sistematico del set di dati sugli assicurati morosi del 2007 con i dati dell'amministrazione fiscale concernenti le imposizioni dello stesso anno. Se questo fosse stato possibile, si sarebbe inoltre voluto determinare in che misura gli assicurati morosi fanno parte della popolazione attiva e quanti di loro sono dipendenti oppure hanno lo statuto di indipendente. Quest'informazione sarebbe stata di grandissima utilità per poter contestualizzare l'ipotesi del prelievo alla fonte dei premi e di ponderarne il possibile impatto sul fenomeno in generale.

L'assenza di chiavi di collegamento preesistenti (chiavi di identificazione) tra i diversi sistemi informatici, la laboriosità delle soluzioni possibili, le procedure formali e quindi, di conseguenza, il grande onere di risorse da investire congiuntamente ai lunghi tempi di esecuzione rispetto alla tempistica del mandato hanno portato all'abbandono di questa pista. Ciò anche in virtù del fatto che un'approfondita discussione della fattibilità di questo sottoprogetto con la persona preposta della Divisione delle contribuzioni, non permetteva di prevedere un guadagno rilevante d'informazioni rispetto ai dati raccolti da Cereghetti (2008b).

I lavori svolti nell'ambito del mandato hanno permesso di validare i risultati ottenuti da Cereghetti (2007, 2008 a b) su campioni stratificati per CM selezionati nella banca dati dell'UAM

confrontandoli con i valori dei parametri misurati sulla popolazione globale dei sospesi estratta a fine marzo 2007, 2008 e 2009. Nel presente studio si sono quindi ripresi dei risultati dei suoi lavori che non è stato possibile aggiornare, né integrare con altre fonti, e se ne è dettagliata l'analisi ai fini del mandato. Nel paragrafo 4.3.3 (Situazione economico-finanziaria) si riprenderà succintamente la discussione sulla (non) disponibilità di dati ulteriori per analizzare le risorse finanziarie degli assicurati morosi e si presenterà un approfondimento di questo aspetto realizzato sul set di dati di Cereghetti.

Un aspetto molto importante della problematica degli assicurati morosi è costituita dalla durata e dalla frequenza delle sospensioni. Il loro studio, presentato nel paragrafo 4.4 (La durata e la frequenza delle sospensioni), mira a verificare se attraverso queste misure non si riesca a evidenziare l'esistenza di più categorie di assicurati morosi che meriterebbero un trattamento differenziato nella ricerca di soluzioni efficaci e sostenibili. Senza dimenticare poi che, congiuntamente al numero di assicurati morosi, la durata delle sospensioni in corso costituisce un fattore essenziale del calcolo della stima dello scoperto, in termini di premi assicurativi mensili non versati, presso gli assicuratori. Alla presentazione e alla discussione della stima dello scoperto è dedicato il successivo paragrafo 4.5.

L'ultimo paragrafo dell'analisi (4.6) si concentra invece sulle cure di prima necessità (CPN). In questa parte del rapporto sarà possibile fare un quadro preciso delle prestazioni che rientrano nel ambito delle CPN, la cui richiesta di rimborso è stata inoltrata all'UAM dall'entrata in vigore dell'articolo 64a della LAMal. In base al numero di fatture e all'importo totale (i costi occasionati) è possibile rendersi conto in che misura i diversi fornitori di prestazioni sono toccati dal provvedimento legale (4.6.1). Grazie al conteggio del numero dei beneficiari di CPN dall'inizio 2006 a fine 2008 è stato possibile stimare la percentuale di morosi che ricorrono al sistema sanitario, malgrado l'assenza appunto di copertura assicurativa (4.6.2). L'ultimo paragrafo dell'esposizione dei risultati elaborati nell'ambito del mandato porta infine su una descrizione delle caratteristiche socio-demografiche dei beneficiari di CPN realizzata sulla base delle poche indicazioni che si sono potute dedurre dai file disponibili (4.6.3).

Nel capitolo 5 (Sintesi e conclusioni) si cercherà di stillare e articolare i risultati delle analisi in modo da rispondere ai quesiti posti dal mandato. In seguito, sulla base degli insegnamenti tratti dal lavoro svolto, sarà formulato un elenco di considerazioni di tipo operativo (vedi capitolo 6 "Raccomandazioni finali") nell'ottica di migliorare gli strumenti di conoscenza e di gestione del fenomeno dal punto di vista dell'autorità pubblica preposta.

Visti i tempi di realizzazione molto stretti dovuti alle scadenze del calendario politico (lo studio, unitamente ad un nuovo messaggio governativo, dovrà essere consegnato al Parlamento entro settembre 2009, onde consentire un tempestivo voto del Decreto legislativo da mettere in vigore dal 1° gennaio 2010) si è escluso sin dall'inizio di raccogliere ulteriori dati su soggetti delle popolazioni di riferimento contattandoli direttamente per la realizzazione di interviste oppure per la somministrazione di questionari standardizzati. I risultati del mandato mostrano però che molti aspetti del fenomeno che si vorrebbero conoscere non sono misurabili con i dati amministrativi. L'approfondimento dello studio non può quindi prescindere da un investimento per migliorare e consolidare delle banche dati amministrative e da una raccolta di dati presso uno o più campioni rappresentativi che permetterebbero di analizzare in dettaglio la situazione socio-economica presente, i valori, gli atteggiamenti e i comportamenti di categorie distinte di assicurati la cui situazione nei confronti del pagamento (o meno) dei premi assicurativi può dipendere da fattori diversi e assumere un significato e delle conseguenze particolari. Su queste riflessioni si tornerà nel capitolo 5 (Sintesi e conclusioni) e nel capitolo 6 (Raccomandazioni finali).

2 Definizione delle popolazioni studiate

Richiamo dell'articolo 64a LAMal

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 cantonali 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.

Sulla base delle definizioni ai capoversi 2 e 3 dell'articolo 64a della LAMal (vedi riquadro R1: richiamo dell'art. 64a LAMal), lo studio porterà innanzitutto sulle due popolazioni seguenti:

1. **gli assicurati ai quali è stato sospeso il riconoscimento delle prestazioni (assicurati sospesi)**
2. **gli assicurati sospesi che sono riammessi tra i beneficiari delle prestazioni assicurative (assicurati riammessi).**

Il Decreto legislativo cantonale che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle prestazioni e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 settembre 2007, prolungato sino al 31 dicembre 2009, garantisce le cure di prima necessità a quegli assicurati le cui prestazioni assicurative sono sospese dagli assicuratori. Nello studio ci si occuperà con attenzione delle richieste di rimborso dei costi generati dalle cure di prima necessità (CPN). Questo ci permetterà di studiare in dettaglio una terza popolazione:

3. **gli assicurati sospesi bisognosi di cure di prima necessità**

3 Costruzione dei set di dati e valutazioni

3.1 Costruzione dei set di dati

Per la costruzione dei set di dati concernenti le popolazioni degli assicurati sospesi e degli assicurati riammessi (vedi capitolo 2 Definizione delle popolazioni studiate) si è fatto capo al modulo “assicurati morosi” del sistema informatico dell’UAM che permette la gestione delle sospensioni annunciate dagli assicuratori. Si è quindi proceduto alla compilazione di un file che permettesse di ritracciarne l’evoluzione dei totali nel tempo dal 1° gennaio 2006 (3.1.1 Assicurati sospesi e riammessi, serie temporali) e di tre file che permettessero di fissarne una “fotografia” in tre momenti ben precisi: fine marzo 2009, fine marzo 2008 e fine marzo 2007 (3.1.2 Assicurati sospesi e riammessi, analisi trasversali).

Per lo studio della terza popolazione, gli assicurati sospesi bisognosi di cure di prima necessità, l’analisi è stata circoscritta ai dati concernenti quegli assicurati sospesi che hanno effettivamente beneficiato di cure e per le quali è stata presentata una richiesta di risarcimento all’UAM. Si è quindi proceduto al raggruppamento in un unico file dei dati confrontabili estratti dalle richieste di rimborso inoltrate all’UAM da parte di quei fornitori di prestazioni sanitarie riconosciuti dal Cantone che hanno preso a carico degli assicurati sospesi bisognosi dei loro servizi (3.1.3 Assicurati beneficiari di cure di prima necessità).

3.1.1 Assicurati sospesi e riammessi: serie temporali

Per la preparazione del file si sono selezionate tutte le sospensioni, in corso e non, la cui durata viene a sovrapporsi, anche solo parzialmente al periodo in esame che va dal 31 dicembre 2005 al 31 marzo 2009. È così possibile tenere conto del numero di assicurati che erano già sospesi al momento dell’entrata in vigore dell’articolo 64a e di seguirne l’evoluzione sino alla data più recente possibile.

Poiché la banca dati dell’UAM non è organizzata in modo da poter strutturare automaticamente il suo contenuto per assicurato, bensì per sospensione, si è dovuto realizzare una “scrematura” laboriosa dell’informazione disponibile per arrivare a un numero di “record” tale da approssimare al meglio il numero di persone che compongono le popolazioni oggetto dello studio (vedi paragrafo 3.2 Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione).

Il file ottenuto permette di conteggiare il numero di sospensioni in corso alla fine di ogni trimestre, così come il numero delle riammissioni avvenute durante lo stesso.

3.1.2 Assicurati sospesi e riammessi: analisi trasversali

Per realizzare delle analisi trasversali, per poter “scattare delle fotografie” delle popolazioni studiate si sono considerati gli assicurati interessati da una sospensione in corso o da una riammissione in un momento ben preciso. Le informazioni su questi soggetti sono poi state completate con altre ricercate in banche dati di altri sistemi: le caratteristiche socio-demografiche nella banca dati relativa al movimento della popolazione (Movpop), i dati relativi ai beneficiari di prestazioni previste dalla Legge sull’armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS) nel sistema di gestione informatizzata delle prestazioni sociali (GIPS), i dati relativi ai beneficiari di riduzioni dei premi cassa malattia (RIPAM) nell’applicativo preposto dell’UAM (CC200). Obiettivo: procedere alla descrizione degli assicurati morosi e confrontare le loro caratteristiche con quelle della popolazione residente e quelle dei beneficiari delle prestazioni sociali.

Per la “fotografia” più attuale possibile, tenuto conto della tempistica del mandato, ci si è concentrati sulla fine del primo trimestre del 2009. Per un confronto nel tempo, si è ripetuto lo stesso esercizio per il 31 marzo 2007 e 2008.

La modalità di approccio è stata la seguente:

1	➤ Estrazione di tutti i soggetti UAM sospesi e riammessi nel trimestre di riferimento ➤ Estrazione dal GIPS di tutti i beneficiari di prestazioni LAPS nel trimestre di riferimento	➔ Unione delle due estrazioni con appaiamento, se del caso, dei soggetti comuni (grazie al NIU, numero di identificazione universale) ↓	➔ unione dell'insieme delle estrazioni nella matrice finale
2		Per l'insieme dei soggetti, risultato dell'unione: - Estrazione delle informazioni riguardo alle istanze di sussidio nell'anno del trimestre di riferimento - Estrazioni delle informazioni della persona (Movpop) nel trimestre di riferimento	

La matrice finale contiene le seguenti informazioni, risultato dell'unione delle informazioni estratte dalle varie banche dati:

	NIU	Numero d'identificazione universale
	STATO_MOROSO	0 = Non sospeso (nel periodo di riferimento); 1 = Sospeso il 31 marzo dell'anno di riferimento ; 2 = Riammesso nel trimestre precedente il 31 marzo.
	DURATA	Durata espressa in mesi della sospensione in corso, dal momento dell'annuncio all'UAM; per i riammessi: idem, ma a proposito della sospensione terminata nel trimestre
	SOSP_PREC	Numero di sospensioni precedenti alla sospensione in corso o a quella appena terminata
	COMUNE	Comune di residenza nel trimestre di riferimento
	ETÀ	Età calcolata in base all'anno del trimestre di riferimento
	DATA_DECESSO	La data viene presa se precede la fine del trimestre di riferimento
	SESSO	M/F
	STATO_CIVILE	Codice stato civile nel trimestre di riferimento (informazione valida solo per l'estrazione concernente il 1° trimestre 2009): 1 = Celibe/Nubile; 2 = Coniugato/a; 3 = Separato/a; 4 = Divorziato/a; 5 = Vedovo/a; 6 = Separato/a di fatto; 7 = Non Coniugato/a; 8 = Non Applicabile; 9 = Non Conosciuto; 10 = Unione Dom. Reg.; 11 = Unione Dom. Sciolta
	MEMBRI_EDO	Numero membri dell'economia domestica (stato attuale)
	MINORENNI_EDO	Numero di minorenni tra i membri dell'economia domestica (stato attuale)
	NIU_EDO	NIU che identifica l'economia domestica (stato attuale)
	NAZIONALITÀ	Descrizione della nazionalità nel trimestre di riferimento
	NATURALIZZAZIONE	SI/NO

PRESTAZIONE_LAPS	Prestazioni sociali ai sensi della LAPS 0 = Nessuna; 1 = AFI; 2 = AFI + API; 3 = AFI + USSI; 4 = USSI
NUMERO_UR	Unità di riferimento, per economia domestica, alla quale è associato il beneficiario
STATO_ISTANZA_RIPAM	Riduzione dei premi dell'assicurazione malattie: 0 = Nessuna richiesta; 1 = Richiesta inoltrata e accolta; 2 = Richiesta inoltrata e respinta; 3 = Richiesta inoltrata e non evasa

La fonte dei dati della matrice finale:

Informazioni relative alle sospensioni UAM
Informazioni relative alla persona (Movpop)
Informazioni relative alle prestazioni LAPS
Informazioni relative alla riduzione di premio AM

I risultati delle analisi trasversali con un'attenzione particolare ai dati del 31 marzo 2009 sono presentati e discussi nel paragrafo 4.3 (Descrizione della popolazione degli assicurati morosi)

3.1.3 Assicurati beneficiari di cure di prima necessità

Per la costruzione del file concernente i beneficiari di cure di prima necessità, si è proceduto all'aggregazione di una serie di file distinti inoltrati all'UAM dall'Ente ospedaliero cantonale (EOC), dall'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), dal Cardiocentro Ticino (CCT), da qualche clinica privata, dai servizi ambulanze e dalle farmacie. Si è fatta confluire la parte di informazioni comune ai diversi file in un'unica matrice che permettesse un'analisi trasversale ai diversi fornitori di prestazione. Le variabili disponibili sono: il fornitore di prestazione, l'anno in cui la prestazione è stata fornita, il tipo di prestazione, la data e l'anno di nascita, l'età dell'assicurato al momento della prestazione, il sesso e l'importo fatturato.

Le uniche variabili socio-demografiche disponibili per descrivere questa popolazione sono il sesso e la data di nascita. Poiché ai dati individuali dei beneficiari di CPN inoltrati nelle richieste di risarcimento non era stato associato il numero d'identificazione universale (NIU), non è stato possibile, nei tempi del mandato, mettere in relazione questo file con quelli degli assicurati morosi nel loro insieme, né con i dati Movpop, né con quelli dei beneficiari di prestazioni sociali.

I risultati dell'analisi di questo file sono presentati e discussi nel paragrafo 4.6 Le prestazioni di prima necessità.

3.2 Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione

Qui di seguito, sono rilevati i problemi maggiori riscontrati nella preparazione dei file predisposti all'analisi del fenomeno. Qualora questi abbiano, o possano avere, delle ripercussioni sulla qualità dei risultati dello studio, se ne indicherà il carattere e se possibile la (presunta) portata:

- La banca dati dell'UAM è incentrata sulla registrazione delle sospensioni e non sugli individui sospesi. Molte delle sospensioni registrate sono ridondanti in ragione del fatto che, nonostante le indicazioni del Regolamento LCAMal (art. 39 cpv 1) siano chiare in materia, diversi assicuratori continuavano ad annunciare sospensioni di assicuratori già sospesi. Inutile dire che i doppi non sono pertinenti ai fini dello studio e che si è dovuto procedere alla loro soppressione. Quando invece più sospensioni sembravano legittime, si è dovuto studiare in che modo si articolassero al fine di non perdere delle informazioni importanti da riportare

sull'assicurato corrispondente. La preparazione del file per le analisi ha dunque richiesto una "scrematura" delle osservazioni d'interesse. Nell'impossibilità di vagliare caso per caso le informazioni da ricondurre alla stessa persona, si sono creati dei filtri che hanno selezionato i dati delle sospensioni tenendo conto della struttura iniziale dei dati e di una serie di operazioni logiche. Per quanto si sia cercato di prendere in considerazione tutte le configurazioni possibili, non si può escludere che i dati di qualche assicurato, la cui situazione non rientrava nei parametri predefiniti, non siano stati trattati nel modo più adeguato. Sulla scorta di una serie di controlli realizzati su un campione di "record", si può affermare che il numero delle distorsioni dovute a questo problema dovrebbe essere irrilevante.

- Non tutte le sospensioni sono comunicate all'UAM. A dispetto dell'articolo 39 capoverso 2 Regolamento LCAMal, coniuge e bambini non sono sempre annunciati correttamente e dettagliatamente da parte degli assicuratori e, a volte, non lo sono affatto. Capita che gli assicuratori annuncino solo il contraente delle polizze di tutta l'economia domestica, anche se di fatto sono i membri di tutta la famiglia che si ritrovano senza copertura assicurativa. Questo porta a sottovalutare il numero totale degli assicurati sospesi.
- All'UAM non è segnalata la data d'inizio del debito nei confronti della CM. Pragmaticamente, la data d'inizio delle sospensioni nella banca dati corrisponde alla data dell'annuncio da parte della cassa malattia. Nel calcolo della stima dello scoperto, non si può lavorare su dati certi, ma bisogna pure stimare il presunto periodo passato tra il momento in cui l'assicurato ha smesso di versare i premi e il momento dell'annuncio della sospensione all'UAM. Secondo le scelte fatte in fase di analisi, si può sovra o sotto stimare la durata reale delle sospensioni.
- L'assicuratore non informa l'UAM qualora l'assicurato, o chi per esso (per esempio i servizi sociali), ricominci a versare regolarmente i premi, senza però pagare integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato né gli interessi di mora e le spese d'esecuzione: è quindi impossibile farsi un'idea corretta del reale scoperto generato da ogni assicurato sospeso. In questo caso, la stima dello scoperto calcolata sistematicamente dalla data d'inizio della sospensione a oggi porta necessariamente a sovrastimare l'importo rispetto alla realtà.
- La comunicazione delle riammissioni da parte degli assicuratori all'UAM è lacunosa e non sistematica. Nella banca dati figurano quindi degli assicurati morosi che non lo sono più, generando delle distorsioni verso l'alto del numero totale degli assicurati morosi.
- Nella banca dati dell'UAM figurano come sospese delle persone che nel frattempo sono decedute. Le casse malattia non comunicano all'UAM i cambiamenti di stato civile e la gestione della banca dati dell'UAM non prevede(va) il controllo periodico e l'aggiornamento di questo tipo di variabili, che dovrebbe in ogni caso essere concordato con le CM. L'assenza dell'indicazione della fine dell'obbligo del pagamento dei premi in caso di decesso, non permette all'UAM di stimare correttamente lo scoperto presso le CM. La mancanza di queste informazioni porta a sovrastimare l'importo dello scoperto.
- L'UAM non sa se l'assicurato è stato sospeso per il mancato pagamento dei premi oppure anche, o solamente, per il mancato pagamento delle partecipazioni ai costi. L'ignoranza di importi di un certo rilievo riguardanti le partecipazioni ai costi porterà a sottostimare l'importo dello scoperto; d'altra parte, se la sospensione dovesse dipendere solamente dal mancato pagamento delle partecipazioni, il calcolo dello scoperto basato sul conteggio delle mensilità dal momento della sospensione potrebbe esagerarne considerevolmente l'importo.

- Per le analisi dei dati concernenti gli assicurati che hanno beneficiato di cure di prima necessità si è lavorato su una moltitudine di file Excel inoltrati all'UAM dai fornitori di prestazioni. Per la preparazione dei dati, si è dovuto procedere manualmente facendo confluire le informazioni dalle diverse fonti in un'unica matrice. Questo genere di operazioni potrebbe aver generato, qua e là sulla grande quantità di manipolazioni, qualche piccolo errore evitabile con procedure informatizzate. Nella loro globalità, i dati analizzati dovrebbero comunque rispettare correttamente gli ordini di grandezza e le peculiarità della realtà studiata.
- I dati concernenti le cure di prima necessità erano sprovvisti del NIU (numero di identificazione universale). Non è quindi stato possibile realizzare delle analisi che implicassero l'interconnessione con altre banche dati quali Movpop per le variabili socio-demografiche oppure con l'applicativo UAM degli assicurati morosi per le proprietà delle sospensioni.

3.3 Raccomandazioni

3.3.1 Dati riguardanti gli assicurati sospesi e riammessi

Reimpostare la banca dati UAM in modo che l'informazione registrata si organizzi attorno all'individuo (la persona) come unità di riferimento, e non attorno alle sospensioni com'è il caso adesso. Molto probabilmente, al momento della sua concezione, si è lavorato sull'ipotesi (implicita?) dell'equivalenza fra sospensione e assicurato. Nei fatti poi, gli assicuratori hanno interpretato in un modo molto eterogeneo l'obbligo di annunciare le sospensioni all'ufficio cantonale competente (vedi art. 64a , cpv 2). Ci si è ritrovati nella situazione nella quale, contrariamente alle indicazioni del Regolamento LCAMal del 13 novembre 2007, degli assicuratori annunciavano a ripetizione delle sospensioni basate sul mancato pagamento mensile dei premi concernenti lo stesso assicurato. Per evitare di perdere dei dati che potessero essere significativi a fronte dell'agire approssimativo degli assicuratori in avvio, si è cominciato a registrare più sospensioni con date d'inizio differenti per la stessa persona *de facto* già sospesa. Nel caso in cui l'assicurato in questione fosse poi stato riammesso dalla cassa malattia, non era possibile chiudere secondo una procedura automatica tutte le sospensioni aperte che lo concernevano. La banca dati dovrebbe pertanto essere "ripulita" ed essere riprogrammata in modo da garantire dei controlli di plausibilità automatici al momento dell'immissione dei dati, vale a dire gestire l'insieme dei dati secondo una logica di analisi, da definire. Al fine di poter disporre in ogni momento, anche in futuro, dei totali e delle descrizioni della popolazione toccata dal fenomeno, bisognerebbe predisporre la banca dati ai bisogni del monitoraggio del fenomeno e non solo ai bisogni della registrazione delle sospensioni.

Definire degli standard di comunicazione con gli assicuratori. Perché l'UAM possa disporre delle necessarie informazioni per valutare la situazione dei singoli assicurati e dell'intero fenomeno, le CM dovrebbero comunicare obbligatoriamente i dati di *tutti gli assicurati* ai quali sospendono le prestazioni assicurative. Per il trattamento informatico ottimale e per i bisogni dell'analisi, le informazioni fornite e le modalità della loro trasmissione all'UAM dovrebbero essere standardizzate e vincolanti. Tra le informazioni da comunicare si dovrebbe per esempio indicare la data di inizio dello scoperto (attualmente nella banca dati la sospensione inizia dalla data in cui si riceve l'annuncio dalla CM) e le ragioni della decisione (mancato pagamento dei premi, delle partecipazioni, ecc.) Non ci si dovrebbe inoltre più trovare nella situazione in cui solo i dati del capofamiglia che ha contratto le polizze del(la) coniuge e dei figli sono trasmessi correttamente all'UAM, qualora i premi dell'intera economia domestica non siano pagati. L'articolo 39 capoverso 3 Regolamento LCAMal dà facoltà all'IAS di procedere in tal senso.

Le riammissioni dovrebbero essere obbligatoriamente annunciate. Secondo il Capoufficio UAM, la comunicazione di quest'informazione da parte degli assicuratori, prevista dal Regolamento LCAMal (art. 39 cvp 1), è lacunosa.

Definire le modalità per l'aggiornamento dei cambiamenti dello stato civile. In conformità a quanto emerso dallo studio si è già proceduto allo sviluppo e all'implementazione di una procedura informatica che settimanalmente invia all'UAM la lista degli assicurati sospesi che sono deceduti. Queste informazioni, estratte da Movpop, dovrebbero permettere all'UAM di aggiornare la banca dati, dopo le opportune verifiche. Per questi casi sarà possibile inserire la data della fine della sospensione, in corrispondenza di quella del decesso.

3.3.2 Dati riguardanti gli assicurati beneficiari di cure di prima necessità

In realtà, nell'applicativo UAM concepito per la gestione informatica delle sospensioni è già stata introdotta la funzionalità "Pagamento ai fornitori di prestazioni", ma è diventata operativa solo a fine settembre 2008. A gestione corrente i pagamenti di prestazione sono ora inseriti regolarmente nel sistema. Al fine di poter analizzare l'insieme dei dati a partire dall'introduzione delle normative concernenti l'applicazione dell'articolo 64a LAMal per il presente studio, si è lavorato sui file Excel originali concernenti le richieste di risarcimento dei costi trasmessi dai vari fornitori di prestazioni (vedi la serie di file excel menzionati nel paragrafo 3.2 "Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione").

Nell'ambito dello studio non si sono quindi potute verificare le possibilità di analisi del modulo in questione. Sulla base delle riflessioni emerse durante lo svolgimento del mandato e dei risultati stessi, sembra comunque opportuno:

- garantire l'interconnessione dei dati delle richieste di risarcimento relative alle cure di prima necessità agli altri dati dell'applicativo, in funzione della reimpostazione dell'applicativo sulla centralità della persona come unità di analisi principale (vedi sopra);
- predisporre la possibilità di visualizzare tutti i dati pertinenti alla persona (aggiornati) e alla sospensione in corso, così come le fatture delle CPN immesse nel sistema (qui è importante distinguere le fatture sulle quali si è già deciso da quelle per le quali l'UAM deve ancora pronunciarsi).

Al fine di disporre di un elemento importante di decisione per l'evasione delle richieste di risarcimento, per ogni assicurato sospeso l'applicativo dovrebbe calcolare automaticamente la stima dello scoperto presso le casse malattia e raffrontarlo all'importo delle fatture delle CPN. L'informazione sullo scoperto permetterebbe inoltre, nella sua forma aggregata, di avere in ogni momento la visione dell'ammontare globale del mancato pagamento dei premi a livello cantonale.

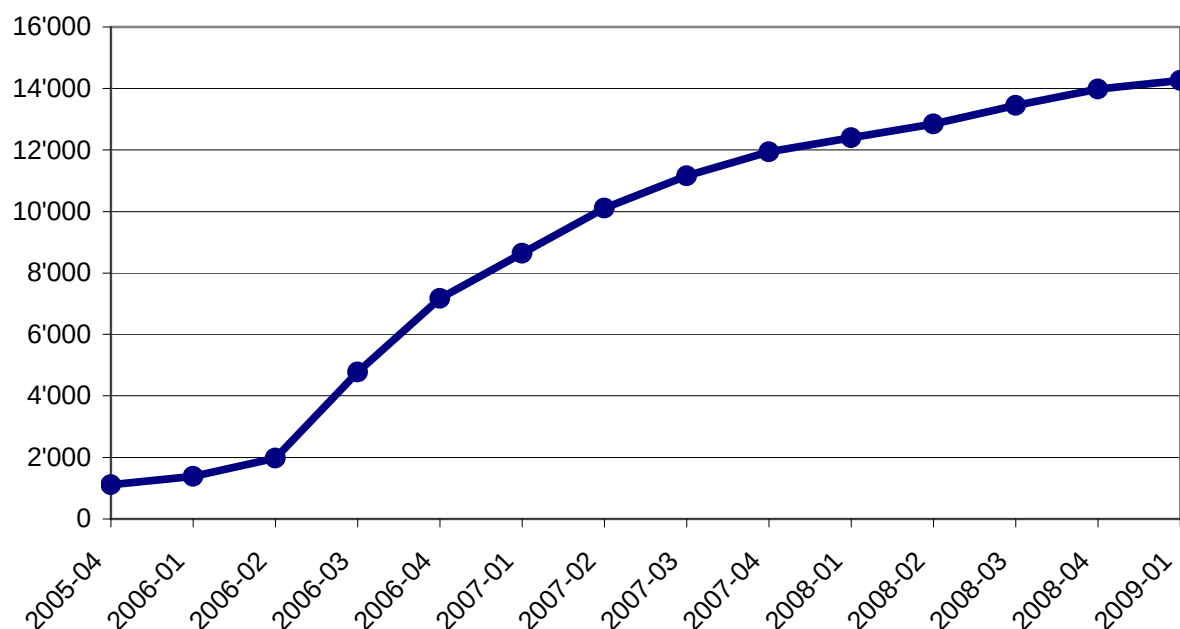
4 Analisi e valutazioni

Malgrado le difficoltà incontrate nella preparazione dei file, i dati compilati si prestano comunque all'analisi. Tenendo conto delle distorsioni possibili enumerate in precedenza (vedi paragrafo 3.2 "Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione"), in questo capitolo si 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 approssimano al meglio i valori reali.

4.1 Numero degli assicurati morosi

Nel corso del primo trimestre del 2009, il numero degli assicurati morosi in Ticino ha raggiunto la soglia delle 14'000 unità. Questa cifra non ha fatto che aumentare dall'entrata in vigore dell'articolo 64a LAMal il 1° gennaio del 2006. Nell'arco di poco più di tre anni infatti la cifra di un migliaio di assicurati morosi conteggiati a fine dicembre 2005 è stata moltiplicata per un fattore 14. La lettura del grafico G1 ("Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006") mostra come l'effetto generato da questo cambiamento legislativo si misuri, in termini numerici molto importanti, a partire dal mese di luglio dello stesso anno. Si ricorda a questo proposito che l'articolo di legge in questione snellisce notevolmente l'iter di sospensione degli insolventi da parte degli assicuratori, accorciandone di riflesso i tempi: la sospensione, infatti, scatta dal momento che l'assicurato non dà seguito alla diffida per iscritto e che una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti è formalmente inoltrata all'ufficio competente (art. 64a, cpv 2). L'assicuratore non deve quindi più attendere l'esito di tale procedura, che potrebbe dilungarsi su un periodo molto lungo.

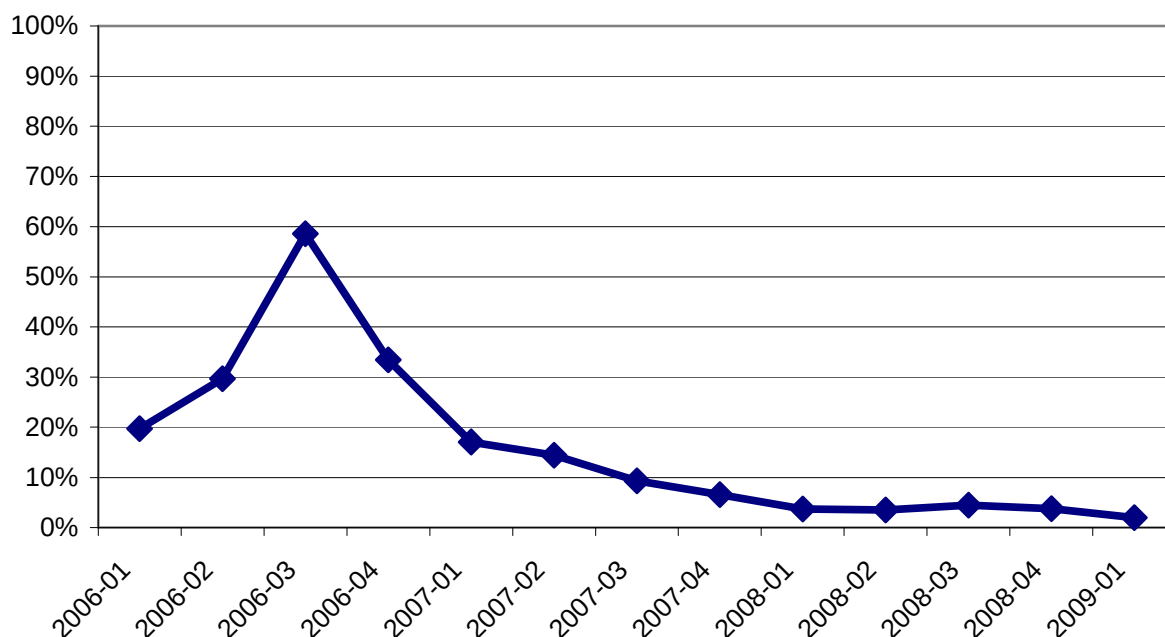
G1 Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006 (conteggio a fine trimestre)



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 morosi rappresenti una proporzione sempre più piccola rispetto al numero totale degli assicurati che si ritrovano senza la copertura assicurativa garantita dalle casse malattia (vedi grafico G2 "Incremento marginale del totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006").

L'aumento trimestrale attuale si situa ormai attorno al 2% dell'insieme degli assicurati morosi conteggiati alla fine del trimestre (al 31.03.2009) e, se la tendenza osservata dal quarto semestre del 2006 dovesse confermarsi, in futuro diminuirà ulteriormente sino a diventare irrilevante in termini percentuali. Per una discussione sugli scenari futuri immaginabili, si rimanda al capitolo 5 (Sintesi e conclusioni).

G2 Incremento marginale del totale degli assicurati sospesi, in % del totale, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006



Nel terzo e nel quarto trimestre del 2006 si è registrato l'aumento più elevato di assicurati sospesi rispettivamente con 2839 e 2484 annunci di nuove sospensioni da parte delle casse malattia. In quei mesi l'UAM dovette aprire, in media, all'incirca 800-900 incarti ogni mese (vedi grafico G3 "Sospensioni e riammissioni trimestrali, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006"). Nella prima metà del 2007 si registra una prima contrazione del fenomeno, che rimane comunque su livelli alti stabilizzandosi su una media mensile di poco più di 500 annunci di sospensioni.

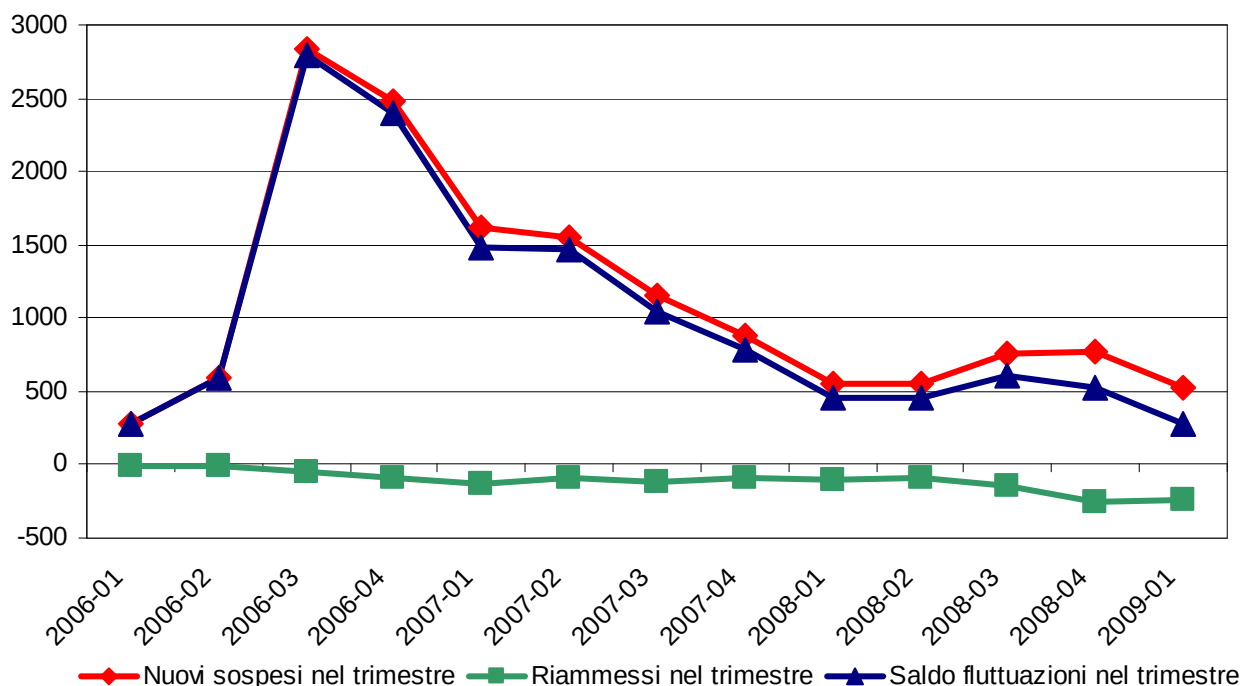
Dalla seconda metà del 2007 si riscontra poi una diminuzione regolare del fenomeno sull'arco di tre trimestri, sino al raggiungimento di una quota di annunci di nuove sospensioni che sembra stabilizzarsi attorno alle 600 unità circa al trimestre (all'incirca 200 al mese).

Sul versante delle riammissioni invece, seppur si possa notare una lieve tendenza a un miglioramento della situazione, forza è di costatare, che i numeri rimangono a livelli pur sempre relativamente irrilevanti di fronte all'ampiezza del fenomeno. Le circa 250 riammissioni del primo trimestre del 2009, di cui un settimo (15.4%) costituite da minorenni, corrispondono sì, proporzionalmente, a quasi la metà del numero di assicurati sospesi durante il trimestre, ma, rispetto al numero totale dei sospesi al 31 marzo 2009 esse non rappresentano che poco più dell'1.5%.

Per quel che concerne gli assicurati sospesi minorenni, bisogna dire che lo sono solo "tecnicamente". Sulla scorta dell'ordinamento cantonale (Reg. LCAMal art. 46 cpv 1), l'UAM garantisce 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.

Il numero abbastanza elevato di riammissioni alla fine del primo trimestre 2009, rispetto ai valori della serie temporale, per lo meno fino al terzo trimestre 2008, potrebbe del resto spiegarsi in parte con la proporzione di riammissioni di minorenni. Infatti, nel confronto con i dati di fine marzo 2008 e 2007, la proporzione di riammissioni di minorenni era praticamente nulla.

G3 Sospensioni e riammissioni trimestrali, evoluzione dallo 01.01.2006



In conclusione, ciò che emerge dalle serie temporali di dati che sono state analizzate sembra inappellabile: l'assicurato insolvente maggiorenne al quale la cassa malattia sospende la copertura dei costi delle prestazioni non rientra più nel circuito normale. Ci sono beninteso delle eccezioni, ma globalmente quest'asserzione, che può sembrare a prima vista radicale, trova conferma. Nel paragrafo 4.4 (La durata e la frequenza delle sospensioni) questo aspetto della problematica sarà ulteriormente approfondito e dettagliato.

4.2 Descrizione della popolazione degli assicurati morosi

La descrizione della popolazione degli assicurati morosi il 31 marzo 2009, così come quella degli assicurati riammessi nel corso del primo trimestre del 2009, mira a ponderare le diverse categorie che le compongono e a realizzare nel contempo un raffronto con la struttura della popolazione residente civile (popolazione di riferimento) che rappresenta una buona approssimazione della popolazione totale degli assicurati che sottostanno all'obbligo di contrarre secondo la LAMal. Già a questo stadio si possono mettere in risalto quei comparti della popolazione che più di altri sono toccati dal cambiamento legislativo intervenuto a inizio 2006 con l'introduzione dell'articolo 64a LAMal.

La descrizione qui proposta è funzione delle variabili disponibili. Per quanto riguarda le variabili socio-demografiche essa si riferirà alla distribuzione delle classi di età, al sesso e allo stato civile così come alla nazionalità.

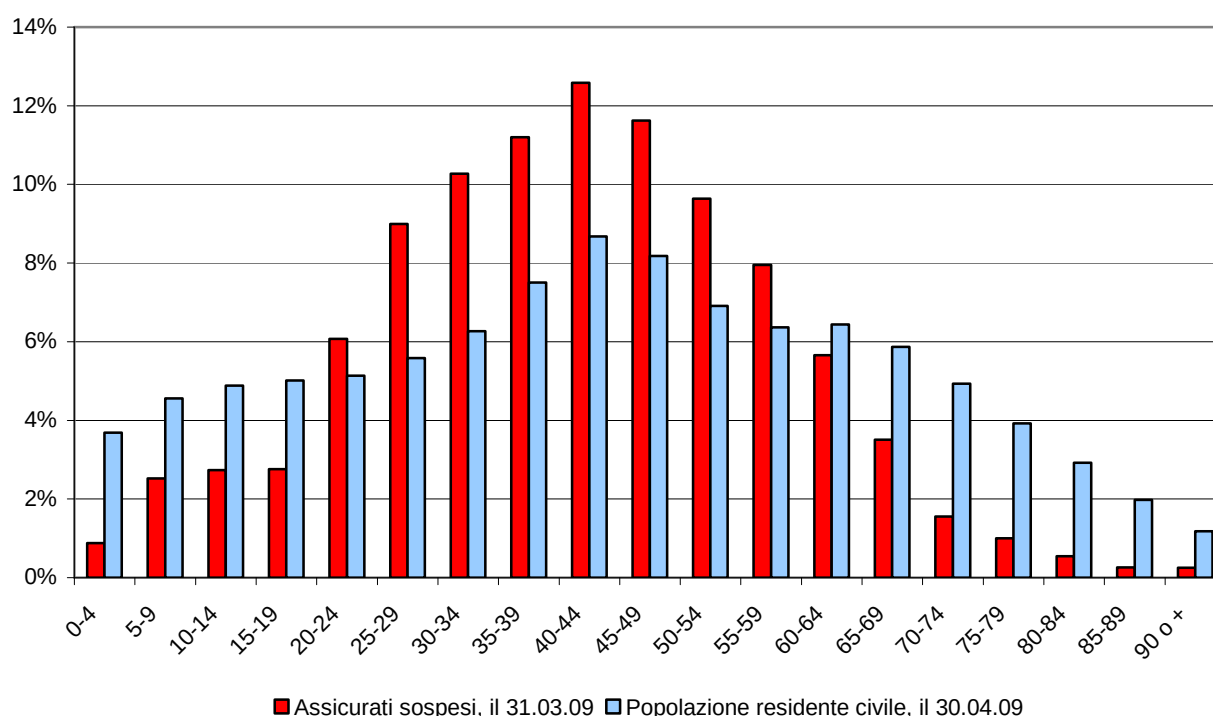
In un secondo tempo, si prenderanno in conto anche le informazioni ottenute riguardo all'usufrutto di prestazioni sociali quali la riduzione del premio dell'assicurazione malattie (RIPAM), gli assegni integrativi (AFI) e di prima infanzia (API) come pure il sostegno sociale e dell'inserimento (USSI).

4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche

4.2.1.1 Età

Per quel che riguarda l'età, sulla base delle misure di tendenza centrale (media, mediana e moda) non si può assolutamente dire che la popolazione degli assicurati morosi sia più giovane o più vecchia della popolazione in generale. Queste infatti si concentrano, nelle due popolazioni nella classe d'età che va dai 40 ai 44 anni. Il confronto delle distribuzioni di frequenza proprie alle due popolazioni, invece, mette in risalto le peculiarità degli assicurati morosi per quanto riguarda l'età.

G4 Distribuzione di frequenza degli assicurati sospesi il 31.03.09 e della popolazione residente civile il 30.04.09, secondo la classe d'età



Nella popolazione degli assicurati morosi le classi di età che vanno dai 25 ai 59 anni sono proporzionalmente molto più presenti (vedi grafico G4 e la tabella T1). Circa 10'000 dei 14'000 assicurati sospesi (il 72%) hanno un'età compresa tra i 25 e i 59 anni. La loro proporzione sale al 78% tra gli assicurati maggiorenni. All'opposto, prima dei 20 anni e dopo i 64 gli assicurati morosi sono nettamente sottorappresentati, rispetto alla popolazione nel suo insieme. In un certo senso, si potrebbe dire che la fascia di età che più è toccata dal fenomeno è quella tipica della popolazione attiva, paradossalmente quella che teoricamente dovrebbe produrre ricchezza e viverne, oltre che contribuire ad assicurare condizioni di vita dignitose ai minori e agli anziani (per una quantificazione e un confronto dell'incidenza del fenomeno nelle diverse categorie d'età, si veda anche il paragrafo 4.3 "Il Tasso di morosità"). Di fronte a questi dati, ci si può legittimamente chiedere se, per queste fasce di età, non si stiano misurando i limiti del sistema di sicurezza sociale in vigore. È infatti tra questa porzione di popolazione che si ritrovano le categorie di persone che non possono contare su nessun tipo di prestazione sociale, salvo forse l'assistenza sociale, ma i cui criteri di ricevibilità sono molto severi, restrittivi. Si pensi ad esempio agli indipendenti, a chi vive solo, senza figli a carico. Al contrario, i minorenni sono protetti esplicitamente dal Regolamento

LCAMal articolo 46 (*de facto*, per l'UAM, i minorenni che figurano nella banca dati dei sospesi lo sono solo "tecnicamente": il pagamento degli arretrati scatterebbe d'ufficio qualora giungesse una segnalazione o avessero bisogno di qualsiasi tipo di cure). Inoltre, i nuclei famigliari con figli a carico possono contare su assegni famigliari di diverso tipo. Dal canto loro, gli anziani, possono contare su diverse forme di prestazioni sociali, su diversi tipi di reddito assicurato, quali l'AVS, la complementare, il II° pilastro. In questo senso si potrebbe così spiegare la posizione "intermedia" della classe d'età dei 60-64 anni, periodo in cui una parte di attivi lascia il mercato del lavoro al beneficio di un pre-pensionamento. Per quel che riguarda l'altra categoria di frontiera, della dei 20-24 anni, bisognerebbe poter investigare per vedere se si tratta veramente, come ipotizzabile, prevalentemente di giovani adulti senza una formazione (sufficiente) che faticano o non riescono a entrare nel mercato del lavoro.

T1 Distribuzione di frequenza degli assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09 e della popolazione residente civile maggiorenne il 30.04.09, secondo la classe d'età

Età	Assicurati sospesi, il 31.03.09		Popolazione residente civile, il 30.04.09	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
18-19	145	1.1	4'425	1.6
20-24	851	6.6	17'018	6.2
25-29	1261	9.8	18'493	6.7
30-34	1440	11.1	20'758	7.5
35-39	1570	12.2	24'877	9.0
40-44	1764	13.7	28'756	10.4
45-49	1630	12.6	27'104	9.8
50-54	1351	10.5	22'889	8.3
55-59	1115	8.6	21'100	7.7
60-64	793	6.1	21'333	7.7
65-69	492	3.8	19'463	7.1
70-74	218	1.7	16'351	5.9
75-79	140	1.1	13'007	4.7
80-84	76	.6	9'688	3.5
85-89	37	.3	6'557	2.4
90 o +	35	.3	3'905	1.4
Totale	12918	100.0	275'724	100.0

In futuro, visto quanto osservato nelle serie temporali (4.1 "Il numero degli assicurati morosi, la sua evoluzione") e quanto sarà discusso nel paragrafo 4.4 (La durata e la frequenza delle sospensioni), ci si può attendere, se nulla di significativo o strutturale sarà intrapreso, che i valori alti della curva di distribuzione delle classi d'età tenderanno a propagarsi verso le classi d'età più anziane, per un fenomeno di inerzia, seguendo l'invecchiamento naturale di quella parte numericamente molto importante di assicurati morosi sospesi tra luglio 2006 e luglio/dicembre 2007. A questo proposito, ci si può ragionevolmente domandare quale sarà l'evoluzione futura del tasso di beneficiari di cure di prima necessità, che per il momento sembra rimanere a dei livelli contenuti, vista forse la novità del provvedimento legislativo (vedi 4.6.2 "Numero delle prestazioni e dei beneficiari"). Al momento comunque, il confronto con i dati del 2007 e del 2008 non mostrano (ancora) nessuna variazione nella struttura della popolazione degli assicurati morosi secondo le categorie d'età.

A livello di riammissioni, non si riscontra un "effetto età" che porti a pensare che gli assicurati sospesi di una certa categoria d'età tendano a uscire dalla situazione morosa più frequentemente

degli altri. La percentuale relativa delle classi d'età circa 200 assicurati maggiorenni riammessi nel trimestre è praticamente uguale a quella dei sospesi. Anche laddove il fenomeno è più acuto, i meccanismi di riammissione non sembrano pertanto essere più efficaci

4.2.1.2 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 (vedi 3.2 "Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione"). 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 morosi lo stato civile (vedi tabella T2 "Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, 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 morosi è addirittura più del doppio che nella popolazione residente (18.6%, *versus* 8.7%). Questo fa pensare che dei fattori come la stabilità della propria situazione personale, la responsabilità nei confronti di più persone oltre che problemi di ordine finanziario entrino in gioco nella ricerca di spiegazioni riguardanti le cause del fenomeno.

T2 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, secondo il sesso e lo stato civile

		Assicurati sospesi, il 31.03.09		Totale	Popolazione residente civile, il 30.04.09		Totale
		Sesso			Sesso		
		Donne	Uomini		Donne	Uomini	
Stato civile	Celibe /Nubile	1533 30.0%	2931 37.5%	4464 34.6%	37351 26.0%	41590 31.5%	78941 28.6%
	Coniugato/a	2213 43.3%	3448 44.2%	5661 43.8%	74471 51.8%	76973 58.4%	151444 54.9%
	Divorziato/a	1079 21.1%	1319 16.9%	2398 18.6%	14209 9.9%	9756 7.4%	23965 8.7%
	Vedovo/a	281 5.5%	104 1.3%	385 3.0%	17844 12.4%	3403 2.6%	21247 7.7%
	Unione domestica (ricon. o sciolta)	1 .0%	4 .1%	5 .0%	26 0.0%	101 0.1%	127 0.0%
	Totale	5107 100.0%	7806 100.0%	12913 100.0%	143901 100.0%	131823 100.0%	275724 100.0%

Il confronto con i dati concernenti la distribuzione di uomini e donne nel 2007 e nel 2008, così come tra gli assicurati riammessi, non mostrano delle differenze degne di nota. Nel 1° trimestre 2009 la distribuzione secondo lo stato civile degli assicurati riammessi non si discosta da quella dei sospesi. Non sono invece disponibili dei dati retrospettivi che permettano di calcolare le percentuali relative concernenti lo stato civile.

4.2.1.3 Nazionalità

Quasi la metà degli assicurati morosi recensiti il 31 marzo 2009 sono di nazionalità straniera (45%) allorquando non rappresentano che un quarto della popolazione residente civile (27%, vedi tabella T3 "Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, secondo la nazionalità"). Questo risultato può

sicuramente essere ricondotto in grandissima parte alla situazione economico-finanziaria della popolazione straniera, proporzionalmente più debole di quella nazionale. A titolo indicativo, ricordiamo che nel 2006 (dati più recenti disponibili), il salario mensile mediano degli stranieri in Ticino era di 4521 franchi, mentre quello degli svizzeri raggiungeva i 5399 franchi (valore sotto al quale si trovavano circa i $\frac{3}{4}$ degli stranieri, UST). Interessante a questo proposito segnalare, che gli Svizzeri naturalizzati sono proporzionalmente pochi tra gli assicurati morosi rispetto all'insieme della popolazione: quasi la metà (3.7%, *versus* 6.2%). Un'analisi più approfondita della loro situazione economico-finanziaria, che non abbiamo potuto realizzare (vedi paragrafo 4.2.3 Situazione economico-finanziaria) ci avrebbe permesso di verificare se questa differenza poteva essere messa sul conto di un atteggiamento particolare nei confronti dell'integrazione/assimilazione oppure se si tratta di una categoria di persone le cui risorse sono mediamente più elevate.

T3 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, secondo la nazionalità

		Assicurati sospesi, il 31.03.09	Popolazione residente civile, il 30.04.09
Nazionalità	Svizzeri	6619 51.2%	185631 67.3%
	Svizzeri naturalizzati	473 3.7%	17109 6.2%
	Stranieri	5826 45.1%	72984 26.5%
Totale		12918 100.0%	275724 100.0%

Questi risultati sono stabili nel tempo. Da rilevare che tra gli assicurati riammessi gli Svizzeri naturalizzati ritrovano, anzi superano lievemente, la loro proporzione osservata nella popolazione globale (6.6%).

4.2.2 Beneficio di prestazioni sociali

4.2.2.1 Riduzione dei premi dell'assicurazione malattie

Nel 2009, in Ticino sono 75'105 i beneficiari di riduzioni dei premi dell'assicurazione malattie (RIPAM, esclusi i beneficiari di PC AVS/AI), vale a dire il 23% circa della popolazione residente civile. I 48'298 beneficiari maggiorenni rappresentano il 17% della relativa popolazione di riferimento. Tra gli assicurati maggiorenni sospesi il 31 marzo 2009 invece, chi beneficia di una riduzione del premio è ben il 30% (vedi tabella T4 "Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia"). Rispetto al 31 marzo 2007, si registra una diminuzione di 4.6 punti percentuali .

T4 Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, beneficiari di una riduzione dei premi cassa malattia

Stato istanza RIPAM	Assicurati sospesi, il 31.03.09		Assicurati sospesi, il 31.03.08	Assicurati sospesi, il 31.03.07
	Frequenza	Percentuale	Percentuale	Percentuale
Nessuna richiesta	8187	63.4	60.0	59.2
Richiesta accolta	3869	30.0	32.7	34.6
Richiesta respinta	391	3.0	5.1	4.3
Richiesta non evasa	471	3.6	2.1	1.9
Totale	12918	100.0	100.0	100.0

Questo dato solleva più interrogativi ai quali non è facile dare una risposta. In ogni caso non lo è con i dati amministrativi disponibili. Da una parte, il fatto di beneficiare di una riduzione del premio dimostra che dopo attento esame della richiesta da parte del servizio preposto si è appurato che la situazione economico-finanziaria dell'assicurato è precaria a tal punto da meritare 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 domandare se è l'importo della riduzione che deve essere messo in causa perché insufficiente. Oppure, se si pensa che ci sia un reale pericolo di un uso improprio del contributo statale, se non sarebbe opportuno predisporre delle basi legali perché il premio integrale sia versato direttamente all'assicuratore. È vero però, 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. Inoltre, anche se l'assicurato moroso, o chi per esso, ricomincia a versare regolarmente i premi dovuti, non gli saranno riconosciute le prestazioni assicurative che il giorno in cui avrà sanato completamente la sua situazione. Vale a dire, solo quando, oltre al pagamento dei 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 che questi ultimi gli siano prelevati alla fonte, non sarà obbligatoriamente riammesso, non sparirà forzatamente dalle statistiche degli assicurati morosi. Queste considerazioni valgono anche per la gestione del versamento delle altre prestazioni sociali. Il pagamento diretto dei premi e/o delle fatture delle casse malattia da parte dei servizi sociali 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.

Un altro dato che suscita un interesse particolare è la percentuale degli assicurati morosi che non hanno chiesto una riduzione del premio. Sono ben il 60%, e la tendenza misurata dal 2007 a oggi, seppur lieve, è al rialzo. Poiché i dati disponibili riguardanti la loro situazione economico-finanziaria parlano di una popolazione che dispone nella grande maggioranza di bassi, se non bassissimi redditi (vedi paragrafo 4.2.3 "Situazione economico-finanziaria"), la domanda d'obbligo è quella di sapere se tutti gli aventi diritto al sussidio recepiscano correttamente le informazioni relative ed inoltrino la richiesta secondo le modalità previste. A questo proposito è utile segnalare un effetto perverso della tassazione d'ufficio per le categorie finanziariamente deboli: la tassazione d'ufficio di un imponibile maggiorato a scopo sanzionatorio potrebbe precludere l'informazione sul diritto ai sussidi a dei potenziali aventi diritto. Questo aspetto non è da trascurare, vista l'alta percentuale di tassati d'ufficio tra gli assicurati morosi (35%, vedi paragrafo 4.2.3.1 "Tassazione").

Nel 2007 i limiti di reddito che conferivano il diritto alla riduzione di premio erano i seguenti: persone sole, 20'000 franchi; membri maggiorenni delle famiglie e 1° figlio, 32'000 franchi (Consiglio di Stato, 2006). Una rapida stima grossolana basata sui dati del grafico G6 "Assicurati

sospesi 2007, secondo il tipo di tassazione” e della tabella T9 “Tassazione ordinaria: reddito imponibile (se maggiore di zero) degli assicurati sospesi 2007, secondo lo stato civile”, ci fa arrivare pressoché alla percentuale del 34.6% di aventi diritto considerando unicamente la parte degli assicurati morosi provvisti di una tassazione ordinaria, che rappresenta poco più della metà di tutti i sospesi (55%). Se tra i tassati d'ufficio e gli assicurati senza tassazione dovessero esserci altre persone aventi diritto alla riduzione, ciò dimostrerebbe che non tutti coloro che avrebbero potuto essere aiutati finanziariamente lo sono stati.

4.2.2.2 Prestazioni sociali ai sensi della LAPS

Nello studio, oltre alla partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie previsto dalla LAMal e dalla LCAMal analizzato separatamente (4.2.2.1 Riduzione dei premi dell'assicurazione malattie), le prestazioni ai sensi della LAPS che sono prese in considerazione 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)

Le considerazioni generali espresse sopra, nel paragrafo 4.2.2.1, valgono anche per il commento ai dati concernenti questo capitolo. Le prestazioni sociali che distinguono la popolazione degli assicurati morosi dalla popolazione in generale sono quelle assistenziali (USSI). Infatti la proporzione dei sospesi che ne beneficiano (6.4%) è ben più alta di quella della popolazione (1.1%), benché in valori assoluti rimanga comunque contenuta. Inoltre sta diminuendo: nel 2007 era ancora pari all'8% (vedi tabella T5 “Assicurati sospesi il 31.03.09, beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS”). C'è da sperare che ciò significhi che i premi di coloro che sono in condizione di dover

T5 Assicurati sospesi il 31.03.09, beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS

Prestazione sociale, secondo la LAPS	Assicurati sospesi, il 31.03.09		Assicurati sospesi, il 31.03.08	Assicurati sospesi, il 31.03.07	Popolazione residente civile, il 30.04.09
	Frequenza	Percentuale	Percentuale	Percentuale	Percentuale
Nessuna	11391	88.2	87.3	85.4	95.5%
AFI	341	2.6	3.1	3.4	2.3%
AFI + API	198	1.5	1.5	1.5	0.7%
AFI + USSI	160	1.2	1.4	1.7	0.4%
USSI	828	6.4	6.7	8.0	1.1%
Totale	12918	100.0	100.0	100.0	100.0%

far capo a queste prestazioni siano versati correttamente agli assicuratori e che poco alla volta le loro situazioni debitorie antecedenti trovino una soluzione. Molto rimane ancora da fare: la tabella T6 “Prestazioni sociali ai sensi della LAPS, versate agli assicurati sospesi il 31.03.09”, mostra come dei 2738 casi di erogazione di prestazioni assistenziali (USSI), quasi il 30% riguardi ancora degli assicurati morosi. In altre parole, 828 assicurati, benché beneficiari di prestazioni assistenziali, rimangono comunque sospesi dalle casse malattia. Per capire più esattamente cosa nascondono queste cifre sarebbe necessaria un'inchiesta specifica.

T6 Prestazioni sociali ai sensi della LAPS, versate agli assicurati sospesi il 31.03.09

	Prestazione sociale, secondo la LAPS			
	AFI	AFI + API	AFI + USSI	USSI
Assicurati sospesi, il 31.03.09 beneficiari di ...	341 11.6%	198 19.8%	160 28.7%	828 30.2%
Totale delle diverse prestazioni LAPS	2947 100.0%	1001 100.0%	558 100.0%	2738 100.0%

Come per la riduzione del premio (4.2.2.1) ci si può domandare se tra gli assicurati morosi non ci siano delle persone che potrebbero beneficiare di prestazioni sociali e riuscire di conseguenza a non trovarsi senza copertura assicurativa ai sensi della LAMal. Vista la gravità della sospensione della copertura assicurativa, interroga la proporzione elevatissima di assicurati morosi che non beneficino di nessuna prestazione sociale (88%), che tra l'altro è in costante aumento (era dell'85% nel 2007).

4.2.3 Situazione economico-finanziaria

La situazione economico-finanziaria degli assicurati morosi è senz'altro uno degli aspetti più importanti da indagare nello studio del fenomeno, non fosse altro perché la concezione stessa e la messa in vigore il 1° gennaio 2006 dell'articolo 64a mirava 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. Il presupposto che “chi non paga sarebbe in misura di farlo”, rimane d'attualità. Lo dimostrano ad esempio la mozione “Negare la piena copertura sanitaria agli assicurati in mora per stimolare il senso di responsabilità” depositata il 12 marzo di quest'anno (2009) dal Consigliere turgoviese agli Stati Philipp Stähelin (09.3101) oppure l'ipotesi stessa del prelievo dei premi alla fonte, esaminata nel messaggio del Consiglio di Stato del 4 novembre 2008 concernente la modifica del Decreto legislativo (2008). In quest'ultimo caso infatti si ipotizza che esista una fonte (uno stipendio) e che da questa si possano prelevare i premi dovuti alle CM senza che ciò abbia delle ripercussioni economiche gravi per l'assicurato e, eventualmente, per la sua famiglia.

Appurare qual è la reale situazione finanziaria degli assicurati morosi risulta quindi fondamentale per sapere se la popolazione degli assicurati morosi è costituita da irresponsabili, poco ligi ai loro obblighi e insensibili al principio della solidarietà tra sani e ammalati sul quale si basa la LAMal, che mettono le loro priorità altrove malgrado la sospensione, oppure se si tratta di persone che si ritrovano in questa situazione per sbaglio, nel senso che pagano gli effetti di un articolo di legge che non è stato pensato per loro. In questo ultimo caso si potrà dire che l'articolo 64a LAMal avrà permesso di portare alla luce una porzione di precarietà e disagio sociale non ancora conosciuta dai servizi sociali perché situata al di fuori dalle normative e al di sopra delle soglie d'intervento attualmente in vigore.

Rispondere a questo dilemma diventa ancor più urgente dal momento che i fornitori di prestazione per ovviare alla difficoltà di incassare quel che legittimamente è loro dovuto dagli assicurati e/o dalle CM, potrebbero introdurre degli accorgimenti che potrebbero rivelarsi arbitrari e discriminanti e i cui effetti sarebbero ancora tutti da valutare. A titolo di esempio, il 18 gennaio 2009 Urs Stoffel, copresidente della Conferenza delle società cantonali di medicina (CCM) ha confermato all'ATS

che i medici svizzeri hanno chiesto all'associazione degli assicuratori malattia santésuisse se sia possibile istituire una lista nera degli insolventi cui sia possibile accedere. Sulla stessa lunghezza d'onda il consigliere di Stato lucernese Markus Dürr, ex presidente della Conferenza dei direttori cantonali della sanità, che già all'inizio del 2007 proponeva che chi non paga i premi sia indicato con una iscrizione ad hoc sulla sua tessera di assicurato. Provvedimenti questi che, se applicati a delle persone che realmente non hanno i mezzi per poter pagare, andrebbero semplicemente a criminalizzare e discriminare ulteriormente la povertà e la precarietà riguardo alla salute.

I dati a disposizione per l'analisi della situazione economico-finanziaria degli assicurati morosi sono purtroppo pochi, parziali e non sono attuali. Per sapere di che risorse dispongono gli attuali sospesi bisognerebbe procedere ad un'inchiesta campionaria contattandoli personalmente. Le risorse e i tempi necessari alla realizzazione di un tale progetto, non erano però compatibili con la tempistica del mandato. Ci si è allora rivolti verso i dati del fisco con il progetto di appaiare nella loro integrità i dati del file degli assicurati morosi del 2007 ai dati delle tassazioni definitive del 2007. Procedendo in questo modo sarebbe stato possibile confrontare il profilo degli assicurati morosi e i loro dati fiscali concernenti il periodo preciso della sospensione, ovviando così allo sfasamento dovuto ai lunghi tempi del processo di tassazione. Quest'operazione si è rivelata molto più laboriosa e dispendiosa di risorse del previsto, non avendo a disposizione delle chiavi di collegamento predefinite che permettessero di ottenere quanto desiderato. Si sarebbero dovute testare delle soluzioni informatiche ad hoc, sviluppando o adattando degli algoritmi specifici e, in funzione della qualità di risultati parziali, decidere se procedere all'appaiamento sistematico dell'insieme dei dati delle due fonti. La valutazione del rapporto tra l'importante investimento di risorse necessario e la grande incertezza rispetto all'esaustività, al dettaglio e alla qualità in generale dei risultati ipotizzati ha portato alla rinuncia di questa opzione. Peccato, perché tramite i dati della tassazione, oltre ai dati sui redditi, si voleva stimare la proporzione degli assicurati morosi che esercitava un'attività dipendente e, quindi, interessata dall'ipotesi del prelievo dei premi alla fonte.

Si spera che in futuro l'introduzione generalizzata del nuovo numero di assicurazione a 13 cifre (NAVS13) possa facilitare la messa in relazione delle banche dati pertinenti allo studio delle problematiche di tipo sociale e sanitario e ampliarne di conseguenza le possibilità di analisi.

Per lo studio attuale, l'analisi della situazione economico finanziaria si basa sulla ripresa dei dati di un campione di 623 assicurati morosi compilati da Cereghetti (2008b). Il raffronto di una serie di parametri stimati con i dati del campione in questione con quelli propri delle popolazioni complete estratte a fine marzo 2007, 2008 e 2009 dalla banca dati UAM nell'ambito del mandato, permette di validare la rappresentatività del campione stesso e legittimarne l'utilizzo per delle ulteriori analisi.

A titolo di precauzione, nell'interpretazione dei risultati che saranno qui di seguito presentati, non si dimenticherà che i dati concernenti la tassazione possono risalire anche a un paio di anni prima di della sospensione. Quest'ultima potrebbe addirittura essere il risultato di un cambiamento imprevisto e radicale nella vita dell'assicurato (si pensi ad esempio alle conseguenze di una separazione o di un divorzio). In questi casi, i dati fiscali disponibili sarebbero fuorvianti.

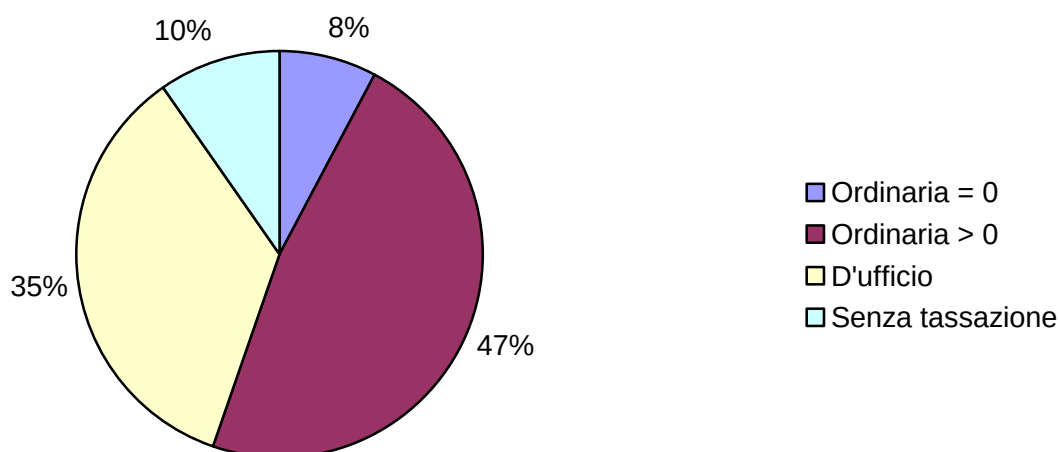
4.2.3.1 Tassazione

I dati concernenti il reddito degli assicurati sospesi maggiorenni facenti parte del campione costituito da Cereghetti nel 2008 sono estratti dall'ultima tassazione ordinaria cresciuta in giudicato. Nel grafico G6 (Assicurati sospesi 2008, secondo il tipo di tassazione) si vede come nell'insieme delle tassazioni, la proporzione di quelle ordinarie sulle quali si può lavorare in quanto dovrebbero riportare correttamente i redditi sono appena poco più della metà ($8\%+47\%=55\%$). Le tassazioni d'ufficio rappresentato ben il 35 %. In questo caso i dati riportati sono di carattere normativo e calcolatorio: sono maggiorati rispetto alla realtà a scopo sanzionatorio per il mancato rispetto delle

regole e delle scadenze della procedura ordinaria di tassazione. Questo dato, come pure quello concernente l'assenza di tassazione (10%), è enormemente alto rispetto a quello della popolazione in generale (rispettivamente 2.2% e 1.5%).

Nell'ambito del fenomeno studiato, l'assenza di una tassazione ordinaria, che concerne ben il 45% dei sospesi, può verosimilmente ricondurre a disagi nell'amministrazione personale dovuti a noncuranza, ma anche a marcate carenze nella gestione delle incombenze correnti di vita (Cereghetti, 2008b). Di fronte a questi risultati e alla loro possibile interpretazione la cui plausibilità è del resto condivisa anche alla Divisione delle contribuzioni, ci si può ragionevolmente chiedere se nel caso degli assicurati morosi i meccanismi della tassazione d'ufficio (imposizioni di importi maggiorati, progressivi in caso di recidiva) non facciano che peggiorare la situazione e rendere più difficile e laboriosa la ricerca di una soluzione. Di sicuro si sa che il reddito imponibile tassato d'ufficio potrebbe superare la soglia sotto la quale le economie domestiche ricevono l'informazione necessaria relativa al diritto di beneficiare della riduzione del premio dell'assicurazione malattie. In questo caso ci potrebbero essere degli assicurati bisognosi che vengono discriminati.

G5 Assicurati sospesi 2008, secondo il tipo di tassazione



4.2.3.2 Reddito lordo e reddito disponibile residuale

Lo studio del reddito lordo di cui dispongono le economie domestiche del 55% degli assicurati morosi ai quali è stata notificata una tassazione ordinaria mostra che si ha a che fare con una popolazione che dispone mediamente di importi annui bassi: 38'501 franchi, che corrispondono a 12 mensilità di 3208 franchi (Cereghetti, 2008b). A titolo di confronto, si ricorda che secondo i dati dell'inchiesta sui redditi e le spese delle economie domestiche pubblicati dall'UST (Tabella T20.02.01.04), nel 2006 e nel 2007 il reddito lordo mensile medio di un'economia domestica in Ticino si aggirava attorno ai 7700 franchi, ben più del doppio quindi del reddito medio di un'economia domestica dove si registra almeno un'insolvenza nei confronti delle CM.

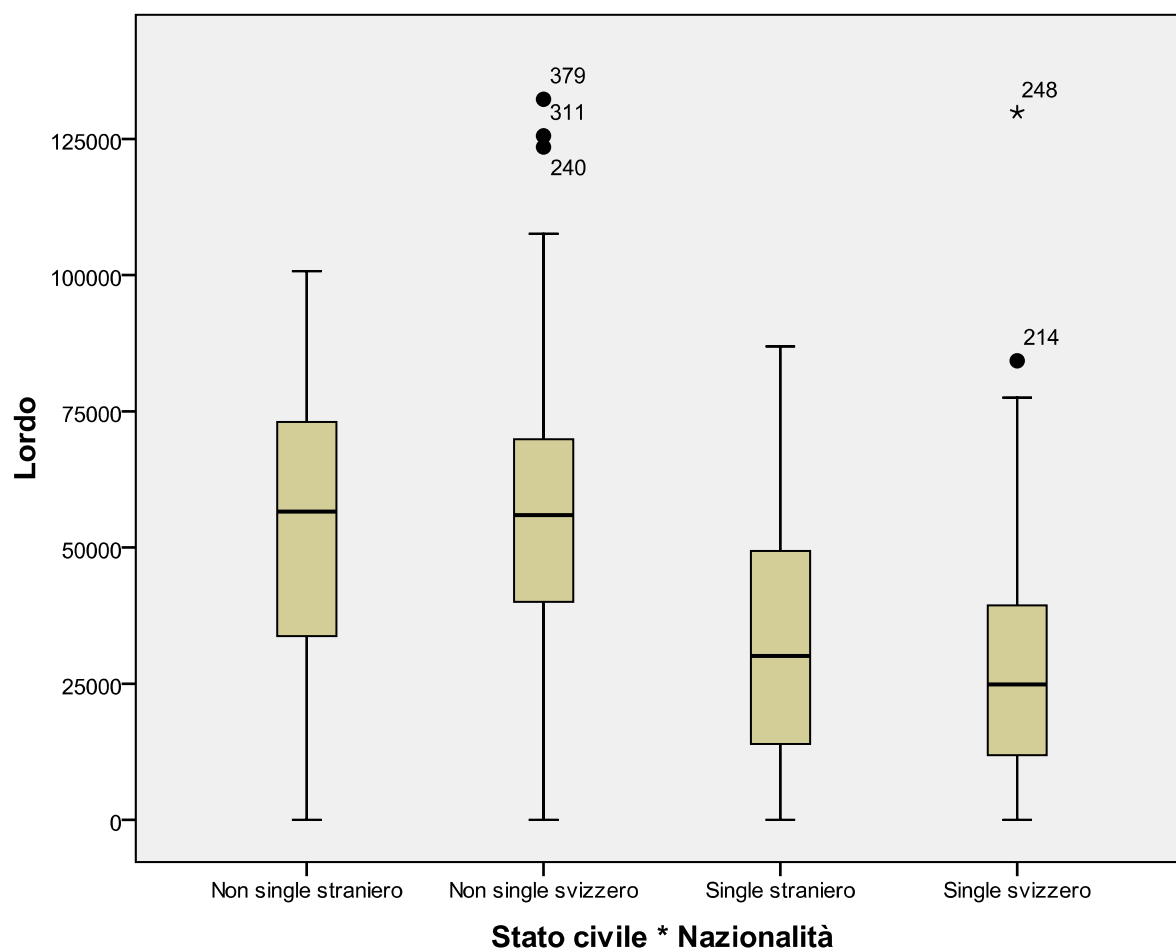
Al fine di meglio ponderare questi dati secondo il tipo di economia domestica e la nazionalità, sapendo l'importanza che queste variabili rivestono in rapporto al livello dei salari, delle eventuali prestazioni sociali, dei redditi globali, ma anche sul livello dei bisogni, si è proceduto all'analisi distinta delle quattro categorie ottenute dall'incrocio delle variabili "Stato civile" (Single, Non single) e della nazionalità (Svizzeri, Non Svizzeri).

È importante segnalare come preambolo a questa analisi che tra gli assicurati morosi *Single* prevalgono gli Svizzeri (64%) anche se in minor misura rispetto alla loro proporzione tra la popolazione residente comparabile (circa 77%), mentre tra gli assicurati morosi *Non single* gli stranieri sono maggioritari (56%) allorché la proporzione di stranieri coniugati nella popolazione è di solo il 29%.

L'analisi del reddito lordo dichiarato dalle quattro categorie di assicurati morosi considerate si basa sui dati disponibili di 65 *Non single stranieri*, 66 *Non Single svizzeri*, 68 *Single stranieri* e 146 *Single Svizzeri*.

Il confronto dei loro redditi mostra che lo stato civile prende il sopravvento in modo determinante sulla nazionalità. I dati degli assicurati morosi svizzeri e stranieri sono praticamente simili nelle due modalità *Single* e *Non single*. Questo risultato mostra quanto sia predominante il livello di risorse disponibile per tipologia di economia domestica nei confronti della nazionalità dei loro componenti.

G6 Tassazione ordinaria: reddito lordo degli assicurati sospesi 2008, secondo lo stato civile e la nazionalità



Il reddito lordo medio degli assicurati morosi *Single* si situava dunque a circa 32'000 franchi (mediana: 30'000) per gli stranieri e a 27'000 (mediana 25'000) per gli svizzeri, mentre per i *Non single* il reddito lordo dichiarato si aggirava attorno ai 53'000 franchi (mediana 57'000) per gli stranieri e ai 56'000 franchi (mediana: 56'000) per gli svizzeri.

Se riportiamo questi valori con riferimento ad una sola mensilità (valore annuo / 12) otteniamo i seguenti valori medi (mediani):

Single straniero: 2600 (2500)
 Single svizzero: 2300 (2100)
 Non single straniero: 4400 (4700)
 Non single svizzero: 4700 (4700)

T7 Tassazione ordinaria: reddito lordo degli assicurati sospesi 2008, secondo lo stato civile e la nazionalità

Statistica	Stato civile * Nazionalità			
	Non single straniero	Non single svizzero	Single straniero	Single svizzero
Media	53298	55965	31591	27237
Deviazione std.	25246	28253	21205	20926
Mediana	56594	55954	30089	24874
Minimo	0	0	0	0
Massimo	100703	132272	86928	129871
Intervallo	100703	132272	86928	129871
Distanza interquartilica	40147	30330	35560	27565
Percentili:				
5	5072	0	0	0
10	11560	18432	0	0
25	33420	39841	13903	11840
50	56594	55954	30089	24874
75	73567	70171	49463	39405
90	82731	89164	53781	53082
95	91434	117924	71049	63234

Pur non disponendo del dettaglio riguardo la composizione delle economie domestiche, si è comunque pensato opportuno di fare un passo ulteriore verso quello che potrebbe essere il reddito disponibile sottraendo da questi importi la spesa dell'alloggio. Il limite massimo computabile secondo la LAPS nel 2007 era di 1100 franchi al mese per le persone sole e di 1250 per delle unità di riferimento (UR) composte da due persone. Per delle UR composte da tre persone o più, il limite era di 1500 franchi. Non conoscendo il numero delle persone che compongono l'UR dei *Non single* del campione, nelle stime del reddito disponibile non si è considerato questo importo coscienti di sottostimare le spese d'alloggio delle economie domestiche di almeno tre membri.

Si ottengono così le seguenti somme:

Single straniero: 1500 (1400)
 Single svizzero: 1200 (1000)
 Non single straniero: 3150 (3450)
 Non single svizzero: 3450 (3450)

Per giungere in seguito al reddito disponibile residuale ai sensi della LAPS, ai valori appena calcolati bisognerebbe ancora dedurre le spese vincolate. Tra queste figurano le spese professionali e aziendali giustificate, i versamenti, premi, contributi legali ecc. riguardanti le assicurazioni sociali (AVS, AI, IPG, AD), la previdenza professionale (o individuale) e l'assicurazione obbligatoria contro le malattie i cui valori medi per il Ticino, nel 2007, erano di 294 franchi per i giovani adulti fino ai 25 anni e di 368 franchi per gli adulti oltre i 25 anni.

Ci si rende rapidamente conto che il resto della sottrazione, se fosse possibile calcolarlo dettagliatamente tenendo conto della dimensione esatta dell'unità di riferimento, si situerebbe molto spesso, se non sotto, perlomeno a ridosso dei valori soglia d'intervento fissati nell'ambito della LAPS per l'anno 2007 (vedi tabella T9). La realtà economica-finanziaria che emerge dai dati disponibili è largamente caratterizzata da redditi che rimandano a delle situazioni di precarietà e di povertà. E questo anche considerando buona parte dei redditi analizzati superiori ai valori medi e mediani non ci si scostano di molto da questi ultimi.

T8 Valori soglia d'intervento fissati nell'ambito della LAPS per l'anno 2007

Numero persone dell'UR	Reddito disponibile residuale (annuale)	Reddito disponibile residuale (mensile)
1	15'700	1308
2	23'550	1963
3	31'810	2651
4	40'070	3339
5	45'578	3798
6	51'086	4257
7	53'840	4487
8	56'594	4716

Rispetto ai valori straordinariamente alti di alcuni redditi lordi osservati nel campione assicurati sospesi 2008 (vedi grafico G6 "Reddito lordo degli assicurati sospesi 2008, secondo lo stato civile e la nazionalità"), si ricorda innanzi tutto che potrebbero essere intercorsi parecchi anni tra la situazione tassata e la sospensione. Bisognerebbe approfondire questi casi con delle informazioni riconducibili più precisamente al periodo della sospensione. Detto ciò, si rileva comunque come i valori anormalmente alti si osservino unicamente tra gli Svizzeri. Due le ipotesi, da verificare, che si possono azzardare. La prima è che tra i nazionali si possano trovare con più facilità delle persone che si permettono di osare di più, in determinate situazioni, magari anche difficili, andando oltre il quadro legale. Di riflesso, si potrebbe dire che tra gli stranieri che devono sottostare all'obbligo assicurativo, nel limite del possibile non si vuole trasgredire. La seconda, è che è soprattutto tra gli Svizzeri che si possono ritrovare con più frequenza delle persone che hanno perso delle situazioni agevoli.

4.2.3.3 Attestati carenza beni

Un indicatore affidabile delle condizioni economiche degli assicurati con sospensione delle prestazioni LAMal è la percentuale di coloro ai quali viene rilasciato un attestato di carenza di beni (ACB). Sulla base di un campione di 623 casi, Cereghetti (2008b) ha potuto stimare che al momento in cui è stata fatta la sua rilevazione, l'82.7% degli assicurati sospesi era già stati colpito da ACB. Tra i sospesi in età superiore ai venticinque anni, questa percentuale era addirittura dell'85.6% (Cereghetti). Poiché non tutte le procedure in corso non erano terminate, si può legittimamente aspettarsi che il tasso reale di carenza di beni si situa a un livello al di sopra di questi valori. La probabilità di terminare la procedura di esecuzione per debiti nei confronti di assicurati morosi con un pignoramento di beni si riduce quindi ai minimi termini.

4.3 Tasso di morosità

L'incidenza in termini percentuali del fenomeno nell'insieme della popolazione tenuta all'obbligo di contrarre l'assicurazione malattie di base ai sensi della LAMal in Ticino è stata stimata dividendo i totali disponibili sugli assicurati morosi con i totali della popolazione residente civile disponibili più appropriati. Così, per il tasso di morosità del 31 marzo 2007 si è considerato il totale della popolazione residente civile al 31 dicembre 2006, per il tasso del 31 marzo 2008 quella del 31 dicembre del 2007 (Fonte UST/ESPOP, dati messi a disposizione dall'USTAT) e per il tasso del 31 marzo 2009, il totale della popolazione residente civile stimato sulla base dei dati della banca dati Movpop (dati messi a disposizione dall'USTAT).

La stima del tasso di morosità il 31 marzo 2009 si situa quindi al 4.3% dell'insieme degli assicurati. Per i soli assicurati sospesi maggiorenni, e cioè chi è responsabile personalmente del rispetto dell'obbligo assicurativo, il tasso passa al 4.7%.

L'aumento continuo dell'importanza quantitativa del fenomeno si traduce anche in termini relativi: si passa, infatti, dal 2.6% di assicurati morosi del 31 marzo 2007 al 4.3% del 31 marzo 2009, passando dal 3.7% del 31 marzo 2008. Ciò significa che l'aumento proporzionale del numero di assicurati morosi è più importante dell'aumento proporzionale della popolazione nel suo insieme, anch'essa in crescita. Siccome la stima dei denominatori (insieme della popolazione) delle percentuali calcolate per il 2007 e 2008 precede di tre mesi quella dei totali dei numeratori, (assicurati morosi), si può pensare che essi siano leggermente sovrastimati, mentre il tasso del 31 marzo 2009, per il motivo inverso (totale della popolazione stimato al 30 aprile) potrebbe essere leggermente sottostimato.

Considerando questi ordini di grandezza e semplificando la loro trasposizione in un linguaggio più figurato, si potrebbero esprimere queste percentuali in questi termini: se all'inizio del 2007 si contava un assicurato moroso ogni 40 assicurati circa, a inizio 2009 se ne conta uno ogni poco meno di 25 persone.

In questi stessi termini, il tasso riferito alla sola popolazione degli assicurati maggiorenni (4.7%) suonerebbe così: in Ticino a inizio 2009, quasi un adulto su 20 ha un debito nei confronti delle casse malattia che lo priva della copertura assicurativa obbligatoria di base. A inizio 2007, la proporzione era di "solo" un sospeso ogni 35 assicurati circa (tasso: 2.9%) e a inizio 2008 era già cresciuta a un sospeso ogni 25 assicurati (tasso: 4.1%).

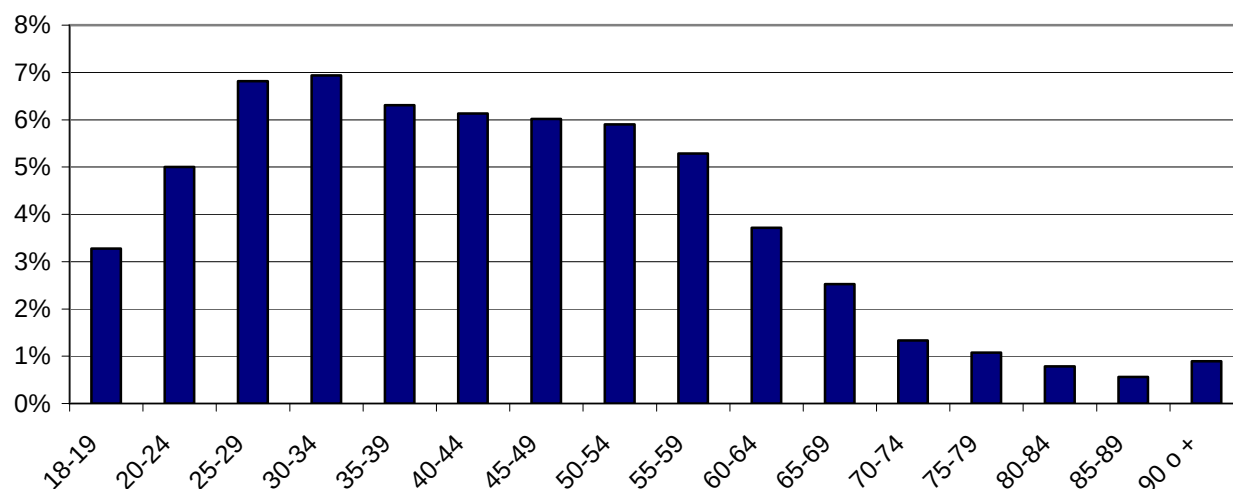
4.3.1 Categorie socio-demografiche

Al fine di quantificare e confrontare direttamente l'incidenza del fenomeno nelle diverse categorie socio-demografiche, si è calcolato il tasso di morosità per tutte le modalità delle variabili disponibili che abbiamo utilizzato per le analisi del paragrafo 4.2 "Descrizione della popolazione degli assicurati morosi".

4.3.1.1 Età

Così, il rapporto tra il numero di assicurati morosi di una data classe d'età e il complesso degli assicurati della relativa classe, mostra come il fenomeno sia molto più attuale tra coloro che hanno superato i 25 anni, ma non hanno ancora raggiunto i 55 anni: in queste categorie d'età si misura un tasso del 6 % o più. Particolarmente toccate le fasce d'età tra i 25 e i 34 anni dove si registrano delle punte pari a 7%. Con il crescere dell'età il fenomeno sembra perdere d'importanza per assestarsi attorno all'1%, e anche meno, per gli anziani di più di 70 anni (vedi grafico G7 "Tasso di morosità nei maggiorenni il 31.03.09, secondo la classe d'età").

G7 Tasso di morosità nei maggiorenni il 31.03.09, secondo la classe d'età



4.3.1.2 Sesso e stato civile

L'analisi congiunta delle variabili sesso e stato civile porta a dei risultati molto interessanti, per molti versi sorprendenti. In primo luogo si costaterà che, indipendentemente dallo stato civile, gli uomini sono più toccati dal fenomeno rispetto alle donne (vedi tabella T9 "Tasso di morosità nei maggiorenni il 31.03.09, secondo il sesso e lo stato civile"). A questo proposito, ci si può domandare se questi risultati sono lo specchio di disparità oggettive sul piano economico-finanziario, oppure se entrano in gioco eventuali valori, atteggiamenti e comportamenti diversi tra uomini e donne nei confronti della sicurezza sociale, la malattia e la salute.

T9 Tasso di morosità nei maggiorenni il 31.03.09, secondo il sesso e lo stato civile

	Donne	Uomini	Totale
Celibe /Nubile	4.1%	7.0%	5.7%
Coniugato/a	3.0%	4.5%	3.7%
Divorziato/a	7.6%	13.5%	10.0%
Vedovo/a	1.6%	3.1%	1.8%
Unione domestica (ricon. o sciolta)	3.8%	4.0%	3.9%
Totale	3.5%	5.9%	4.7%

Secondariamente, salta all'occhio il tasso estremamente alto di assicurati morosi tra le persone divorziate (10%). Del resto, il divorzio si conta tra le cause della povertà in Svizzera poiché spesso, quando interviene dopo una separazione, uno stipendio solo deve bastare per due economie domestiche. A dispetto dei risultati delle ricerche sulla povertà che indicano nelle famiglie monoparentali spesso costituite da madre con figli le situazioni più precarie e i soggetti più fragili economicamente (Kehrli, Ch e. C.Knöpfel, 2006), i risultati riguardanti gli assicurati morosi sembrano invece indicare negli uomini divorziati una categoria in grande difficoltà. Seppur il tasso di assicurate sospese tra le donne divorziate è molto alto (7.6%), quello tra gli uomini divorziati è addirittura doppio (13.5%), il che significa che si registra un assicurato moroso ogni 7 divorziati. Questo solleva una serie di quesiti ai quali bisognerebbe rispondere con dei successivi studi. 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.

4.3.1.3 Nazionalità

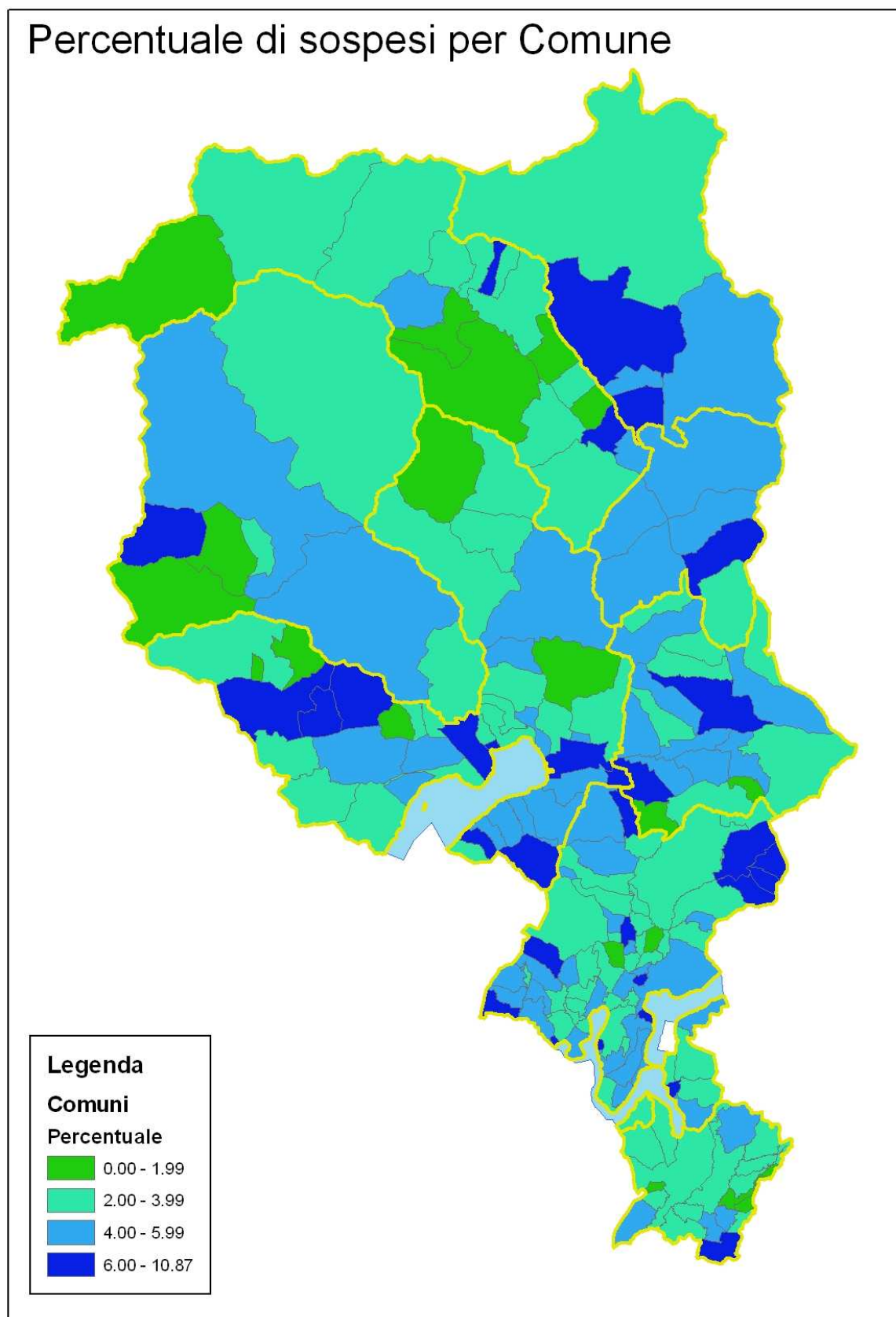
Il tasso di morosità tra gli stranieri è praticamente il doppio di quello registrato nella popolazione svizzera dalla nascita (8%, *versus* 3.6%). È interessante rilevare che tra gli svizzeri che si sono naturalizzati, il tasso di morosità è molto basso (2.8%). Come detto sopra (p. 24), la situazione socio-economica è sicuramente un fattore determinante di questa situazione alla quale si possono aggiungere aspetti di ordine socio-culturale, quali il fatto che parecchi stranieri sostengono i loro prossimi rimasti nel paese d'origine (Kehrli, Ch e. C.Knöpfel, 2006), con i tutti i conflitti di lealtà che questo genere di situazioni possono generare.

4.3.2 Rappresentazione spaziale

Oltre alla dimensione temporale, si è voluto rappresentare anche la dispersione territoriale del fenomeno. Giacché il messaggio del Consiglio di Stato (2008), dopo aver richiamato le linee direttrici su cui si fonda l'azione dell'Amministrazione cantonale nell'ambito della prevenzione del fenomeno della sospensione (pp. 5-6), dichiara che l'"obiettivo contingente è quello di rafforzare i contatti con gli enti già presenti sul territorio" e che "In questo ambito, di grande importanza è l'azione dei Comuni, quali autorità di prossimità che meglio conoscono le connotazioni contingenti di persone con sospensione delle prestazioni LAMal (...)" (p. 5), è sembrato opportuno darsi gli strumenti per visualizzare l'importanza e la disparità del fenomeno a livello comunale. Il risultato mostra come il fenomeno degli assicurati morosi tocchi tutto il territorio cantonale nel suo insieme. La sua diffusione è capillare. Il 31 marzo 2009, secondo i dati a disposizione dello studio solo tre dei 176 Comuni ticinesi non contavano assicurati morosi tra i loro abitanti.

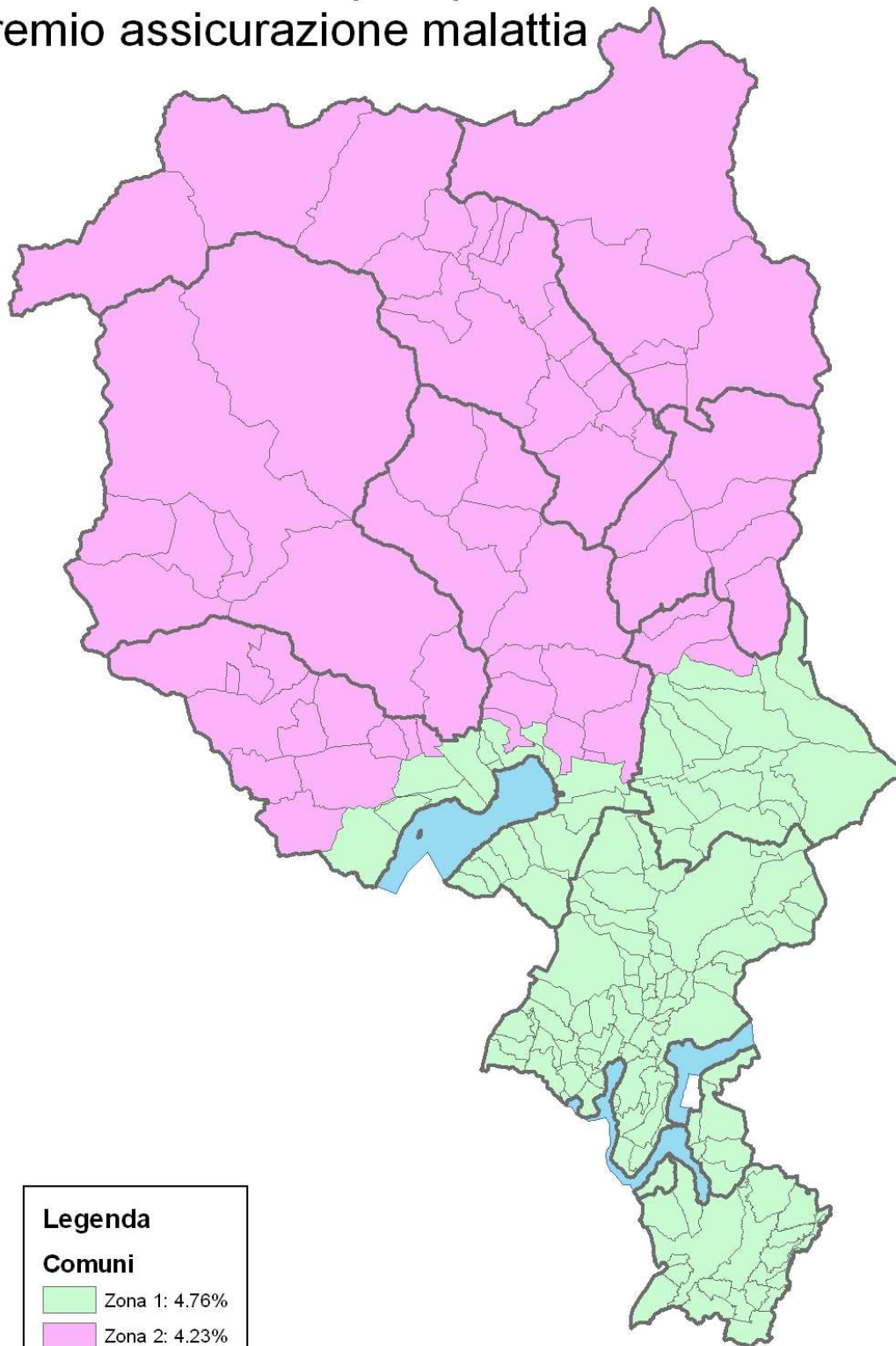
Qui di seguito, presenteremo i risultati riguardanti gli assicurati sospesi maggiorenni nella loro dimensione spaziale, geografica. E questo perché è questa la categoria di assicurati morosi alla quale si pensa in particolare nell'articolo 40 Regolamento LCAMal concernente la prevenzione della sospensione e la promozione del pagamento autonomo degli oneri LAMal. Questi dati dovrebbero fornire un'informazione generale e sensibilizzare gli enti locali sull'importanza che tale fenomeno occupa nella fetta di paese che è la loro, indipendentemente e ancor prima delle segnalazioni dell'Istituto delle assicurazioni sociali, previste dall'articolo 41 Reg LCAMal. Infatti, quest'ultime portano solo su un sottoinsieme delle situazioni morose. Di regola, le segnalazioni sono previste in caso di pagamento di prestazioni medico-sanitarie o di premi assicurativi arretrati da parte dell'UAM. Importante sarebbe poter intervenire per (tentare di) sanare la situazione molto prima del momento in cui la richiesta di un fornitore di prestazioni sanitarie di prima necessità ponga l'UAM di fronte al dilemma di decidere se pagare lo scoperto presso l'assicuratore oppure la prestazione stessa. Come si vedrà nel paragrafo 4.6.2 (Numero delle prestazioni e dei beneficiari) i casi in cui il Cantone prende a proprio carico gli oneri assicurativi o i costi delle prestazioni rappresentano un'infima parte del numero degli assicurati sospesi. E quando ciò accade, potrebbero essere passati più anni dal momento della sospensione (vedi paragrafo 4.4 "La durata e la frequenza delle sospensioni").

In quest'ordine d'idee, nel commentario dell'articolo 40 Regolamento LCAMal, si legge che "ai Comuni che ne facessero richiesta sarà rilasciato l'elenco degli assicurati oggetto di sospensione di prestazioni". Procedimento questo che, essendo finalizzato a favore della persona interessata "non si pone in urto con il principio della protezione dei dati individuali". Da quanto indicato dall'UAM ci sono dei Comuni che si attivano in questo senso. Vista la capillarità del fenomeno, ci si potrebbe

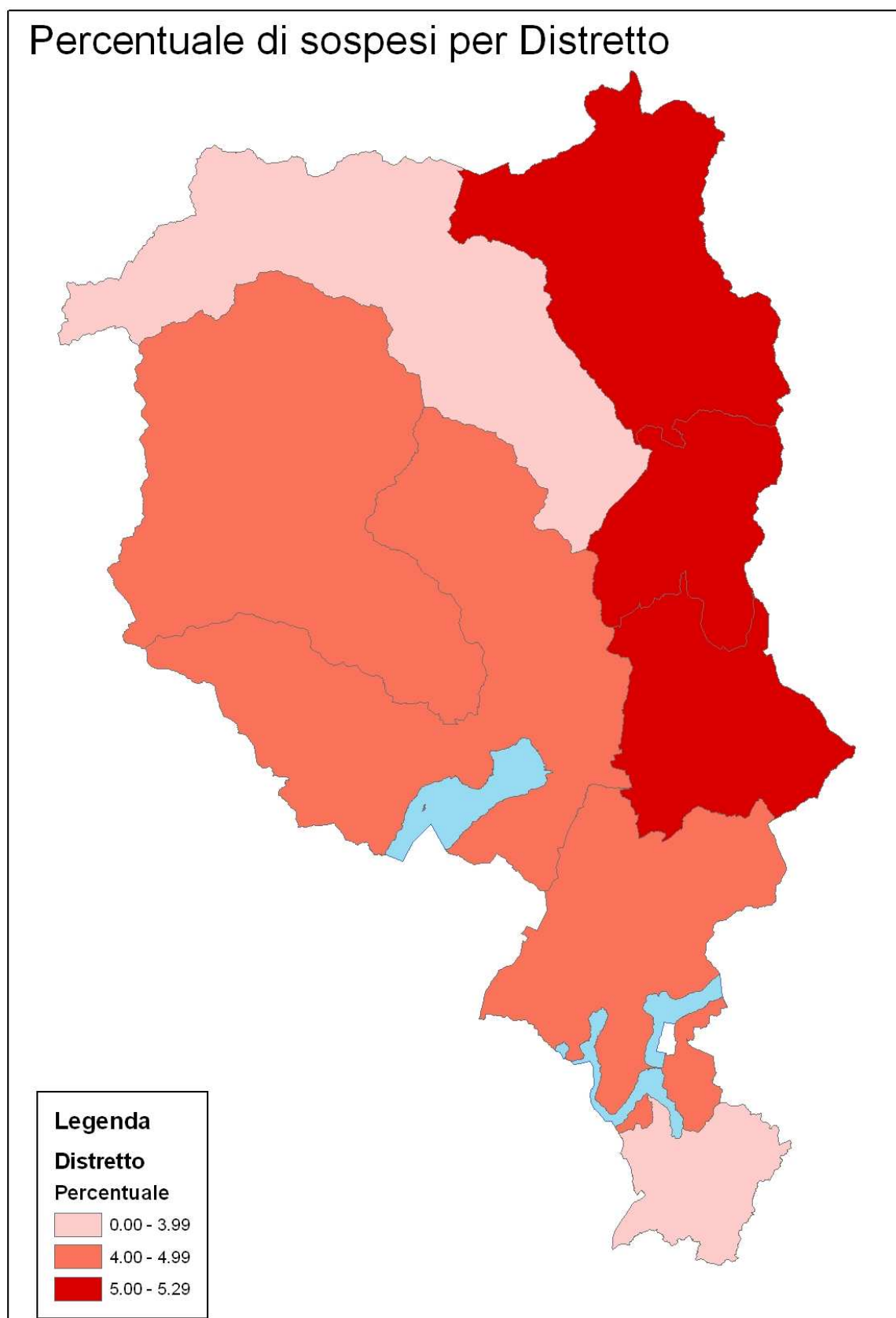


C2 Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per zona di premi,
31 marzo 2009

Percentuale di sospesi per zona di premio assicurazione malattia



C3 Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per distretto,
31 marzo 2009

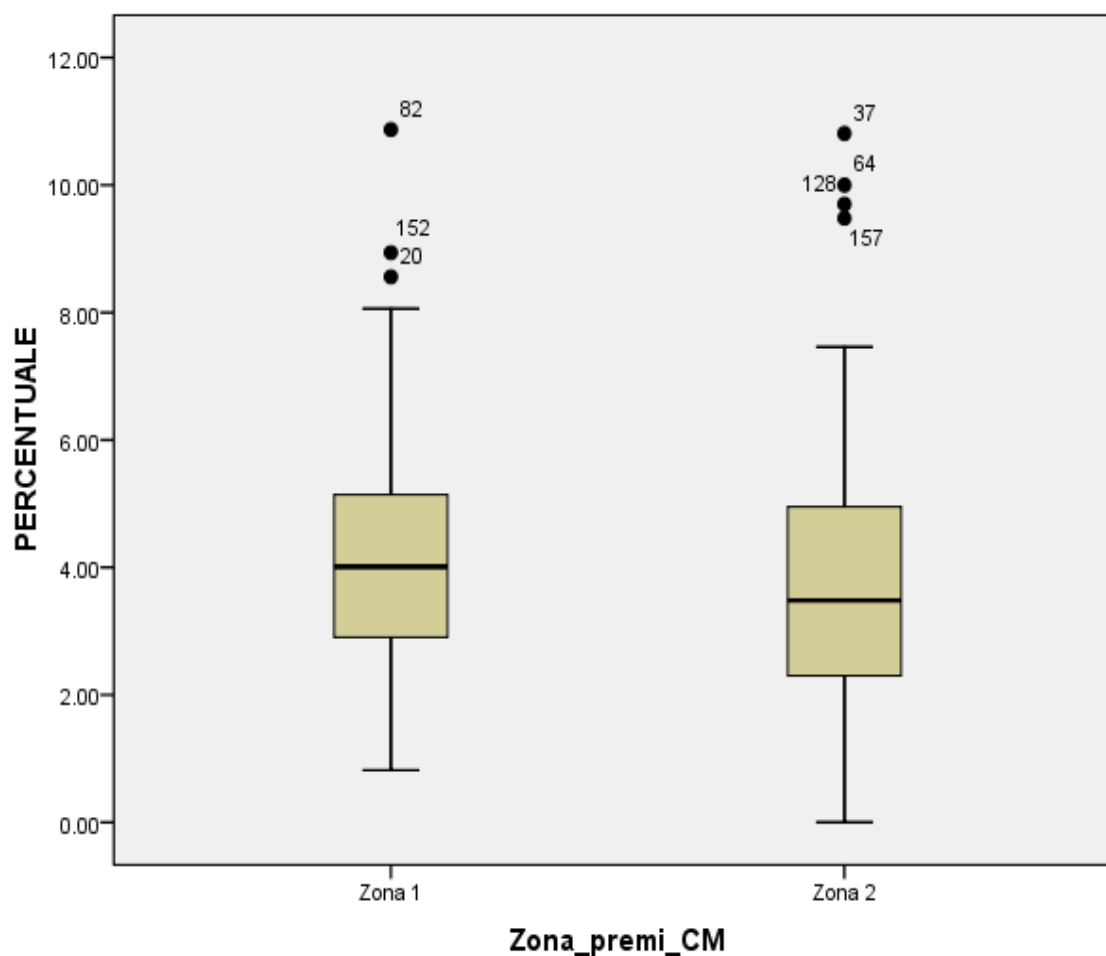


legittimamente chiedere se, nell'ottica di una maggior efficacia e di una maggior efficienza, non sarebbe opportuno pensare allo scambio di esperienze e di conoscenze del fenomeno, organizzato e istituzionale, tra operatori che lavorano a livello comunale. Oltre ad un investimento collettivo allo sviluppo e al consolidamento delle pratiche professionali e delle procedure amministrative necessarie in questo ambito, si disporrebbe di una fonte d'informazione di primordine sulla natura stessa del fenomeno e sulle tendenze che dovessero profilarsi.

Nella cartina C1 "Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per comune" (p. 36), si vede da una parte la capillarità della diffusione del fenomeno e dall'altra quanto sia difficile trovare delle logiche territoriali. Non solo nei Comuni delle città più importanti si registrano 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.

Benché si registri una differenza di mezzo punto percentuale tra il tasso di morosità dei maggiorenni della zona di premi 1 (la più cara) e la zona di premi 2, rispettivamente 4.8% e 4.2% (vedi cartina C2 "Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per zona di premi", p. 37), la dispersione dei valori dei singoli Comuni attorno ai valori medi è però tale da non poter considerare la zona premi come il fattore esplicativo del livello del tasso di assicurati sospesi per comune (vedi grafico G6 "Tasso di assicurati sospesi maggiorenni comunale, il 31.03.09, secondo la zona premi dell'assicurazione malattie").

G8 Tasso di assicurati sospesi maggiorenni comunale, il 31.03.09, secondo la zona premi dell'assicurazione malattie



Si potrebbe eventualmente ipotizzare una sua interazione con altri fattori determinanti, che rimangono tuttavia ancora da identificare. A proposito di zona di premi, si noti, per inciso, che ben 236'000 maggiorenni, pari all'85% di tutti i maggiorenni del Cantone, abitano nei 115 Comuni della zona 1. Questo spiega perché il tasso medio cantonale si confonde quasi con il tasso medio di questa zona.

Anche la rappresentazione grafica del fenomeno aggregata a livello di distretti (vedi cartina C3 "Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per distretto", p. 38), non aiuta per nulla a intravedere delle chiavi d'interpretazione legate al territorio. I diversi livelli del tasso di assicurati sospesi maggiorenni per distretti, si dividono in egual misura tra zona di premi 1 e zona di premi 2, tra Sotto e Sopraceneri, tra città e zone rurali, tra pianura e montagna.

4.4 Durata e frequenza delle sospensioni

Oltre al numero e al tasso degli assicurati morosi, la durata delle sospensioni stesse rappresenta una dimensione fondamentale 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.

Un altro aspetto degno di attenzione porta sulla frequenza delle sospensioni, e più in particolare il fatto di sapere se gli assicurati, che in un modo o nell'altro ritornano nel circuito normale, non ricadano in seguito di nuovo nella stessa situazione.

4.4.1 Durata delle sospensioni

In questo capitolo, per durata s'intende il periodo, espresso in numero di mesi interi, passati dal momento dell'annuncio all'UAM fino al 31 marzo 2009 per le sospensioni in corso o fino all'annuncio della riammissione, se questa è avvenuta durante il 1° trimestre del 2009.

Come discusso nel paragrafo 3. 2 (Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione), poiché la data dell'inizio dello scoperto non è conosciuta, 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'UAM. Bisogna quindi fare attenzione al fatto che i dati qui riportati possono essere sistematicamente sottostimati di qualche mese. Nel paragrafo dedicato al calcolo della stima dello scoperto (4.5), per esempio, si è tenuto conto di un periodo addizionale di tre mesi.

Dal confronto della durata delle sospensioni in corso con quella delle sospensioni appena revocate emergono dei risultati molto interessanti. Le sospensioni in corso lo sono, in generale, da moltissimo: 3/4 di queste hanno una durata uguale o superiori a 17 mesi. Questo significa che il 75% degli assicurati sospesi il 31 marzo 2009 sono senza copertura assicurativa da almeno un anno e mezzo. La metà dei sospesi lo è da ben più di due anni (vedi tabella T10 "Durata in mesi delle sospensioni in corso, ...", mediana/percentile 50 = 26) e un quarto da addirittura quasi tre anni o più (percentile 75 = 31).

T10 Durata in mesi delle sospensioni in corso, rispettivamente delle ultime sospensioni degli assicurati sospesi il 31.03.09 e degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009

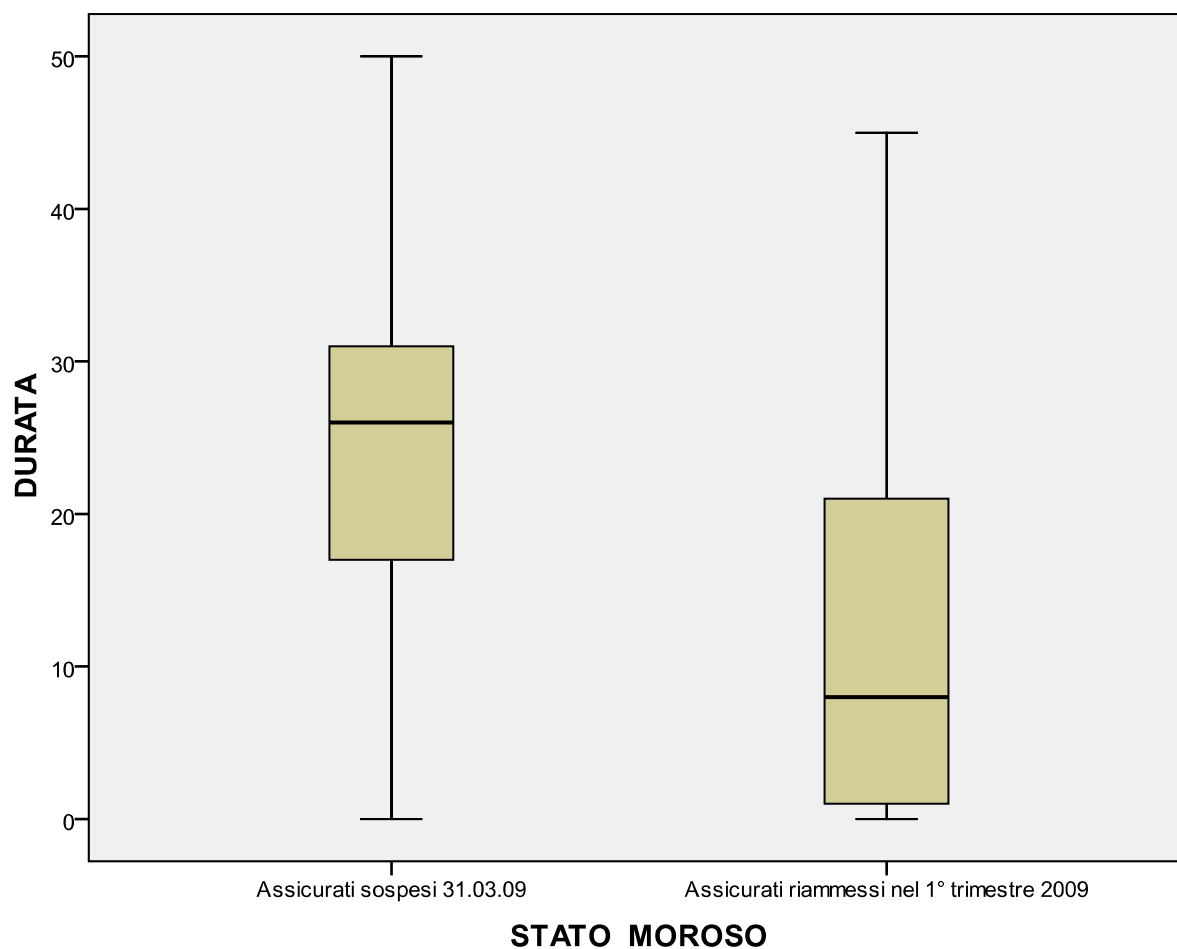
Statistica	Durata delle sospensioni (in corso, rispettivamente dell'ultima)	
	Assicurati sospesi 31.03.09	Assicurati riammessi nel 1° trimestre 2009
Media	24	12
Deviazione std.	11	12
Mediana	26	8
Minimo	0	0
Massimo	50	45
Intervallo	50	45
Distanza interquartilica	14	20
Percentili:		
5	4	0
10	7	0
25	17	1
50	26	8
75	31	21
90	34	29
95	45	31

Per le sospensioni appena terminate, la situazione è, invece, notevolmente diversa. In questo caso, di norma la durata si concentra su dei valori bassi. Un quarto delle sospensioni cancellate nel 1° trimestre del 2009 ha raggiunto la durata di pochissimi mesi (percentile 25 = 1 mese). Più della metà non raggiunge la durata di un anno (mediana/percentile 50= 8 mesi). La lettura del *box-plot* presentato nel grafico G9 (Durata in mesi delle sospensioni in corso, ...) mostra come sono rare le sospensioni revocate di lunga durata: il bordo superiore della “scatola”, che indica il valore massimo del 75% delle sospensioni, è situato a 21 mesi, mentre il “baffo” che ne rappresenta il 25% restante si allunga smisuratamente verso l’alto.

Se si riconducono queste misure ai circa 200 assicurati che ai quali è stata ripristinata la copertura assicurativa nel corso del 1° trimestre del 2009, 50 di essi erano stati sospesi verso la fine del 2008; se non addirittura a inizio 2009, per un’altra cinquantina invece la sospensione non risaliva a prima dell’inizio della primavera del 2008.

Riassumendo, i risultati dell’analisi della durata delle sospensioni evidenziano che le poche riammissioni censite intervengono generalmente in tempi brevi: più della metà dopo meno di un anno, solo un quarto per dei periodi di circa due anni e più. La stragrande maggioranza dei sospesi... lo rimane.

G9 Durata in mesi delle sospensioni in corso, rispettivamente delle ultime sospensioni degli assicurati sospesi il 31.03.09 e degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009



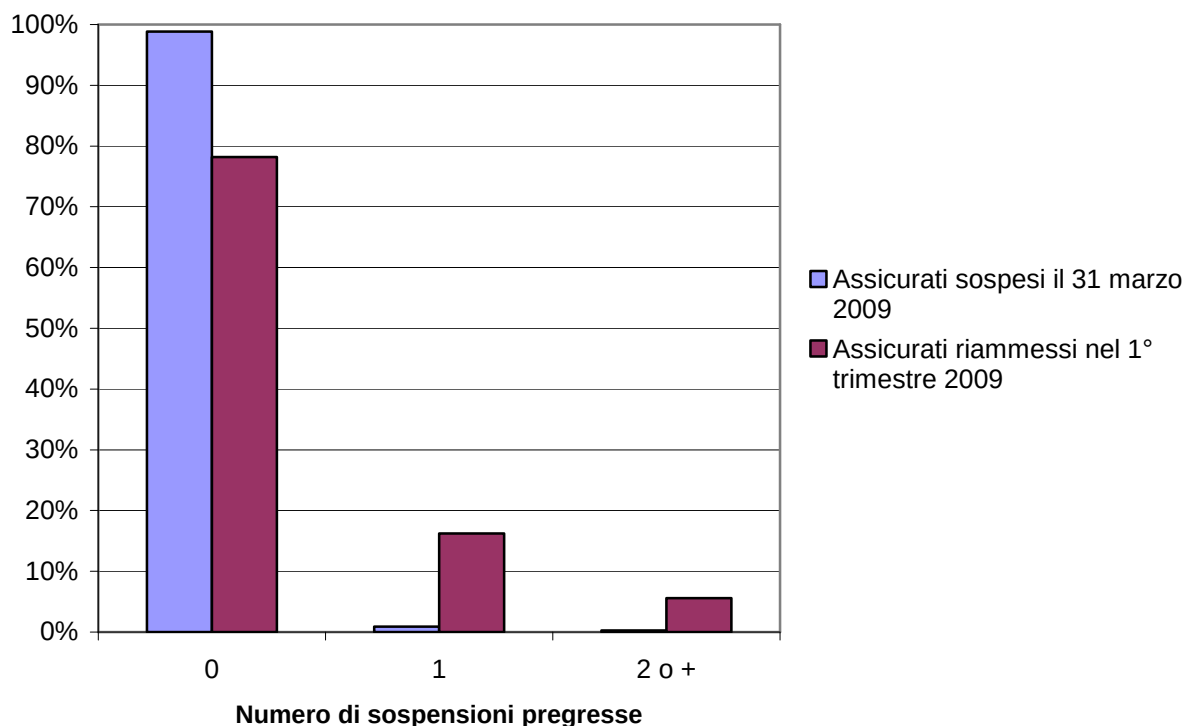
4.4.2 Frequenza delle sospensioni

Lo studio della frequenza è stato effettuato per rendersi conto se nel fenomeno in questione si possa parlare, in un certo senso, di “recidiva”. Si voleva misurare 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 rinforzare le costatazioni fatte sulla durata. Come si è visto sopra, 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. Tra i riammessi nel corso del trimestre, si calcola invece una quota del 22% circa di assicurati che in passato erano già stati sospesi una o più volte. Questo significa che a complemento della numerosissima popolazione dei sospesi “permanenti”, si debba pure contare su una popolazione, proporzionalmente 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 alle quali portano l’analisi della durata e della frequenza delle sospensioni, le conseguenze dell’articolo 64a LAMal sembrano quindi irreversibili, salvo rara eccezione.

G10 Numero di sospensioni pregresse alle sospensioni in corso, rispettivamente alle ultime sospensioni degli assicurati sospesi il 31.03.09 e degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009



4.5 La stima dello scoperto e dell’impatto finanziario per il Cantone

4.5.1 Stima dello scoperto

La stima dello scoperto dà un’idea dell’importo globale che non è ancora stato versato come dovuto agli assicuratori. Nell’ottica di giungere a una soluzione negoziata tra le parti in causa dove, oltre a santésuisse, anche alle autorità cantonali si domanda di fare la loro parte, l’importo totale di questa stima permette di farsi un’idea, almeno in termini di ordini di grandezza, della posta in gioco.

Ribadiamo che non è possibile presentare dei risultati che hanno una valenza contabile. La carenza di informazioni basilari e la qualità di quelle disponibili permettono unicamente di schizzare i tratti caratteristici della situazione. Nel calcolo della stima dello scoperto, oltre ai problemi menzionati nel paragrafo 3.2 “Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione” che potrebbero distorcere in un senso o nell’altro i fattori “Numero di assicurati sospesi” e “Durata della sospensione in corso” della moltiplicazione, bisogna pure rilevare che i valori del premio mensile medio rappresentano degli importi teorici. Il livello del “vero” valore del parametro che si vuole stimare dipenderà in effetti anche dai premi reali delle polizze contratte con l’una o l’altra delle CM che operano in Ticino, che possono variare anche sensibilmente rispetto ai valori medi utilizzati nel calcolo.

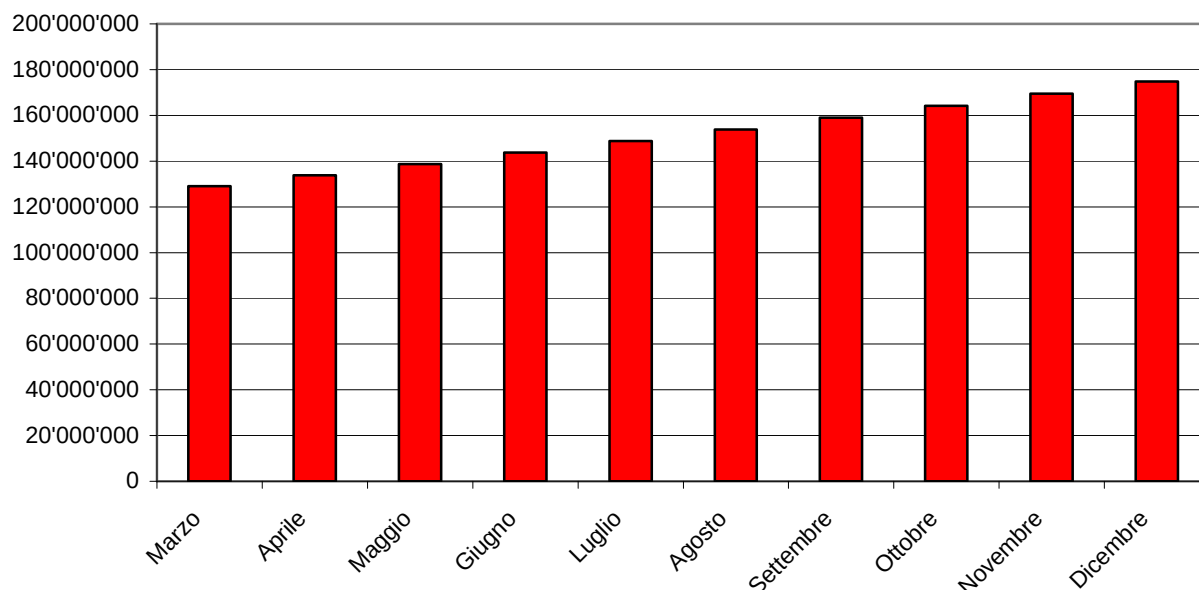
Detto ciò, la stima calcolata per la fine del mese di marzo del 2009 situa lo scoperto nei confronti delle CM attorno ai 130 milioni di franchi (vedi tabella T11 “Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, il 31.03.09”). La stima dello scoperto stimata per la fine del 2009, secondo uno scenario “status quo” che prevede il prosieguo dell’incremento trimestrale sui valori di 500 unità come osservato dell’inizio 2008 e senza cambiamento della

ripartizione tra minorenni, giovani adulti e adulti, ci porta a una cifra di circa 175 milioni (vedi grafico G11 “Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, previsione aprile-dicembre 2009 (scenario status quo)”. A livello del numero degli assicurati si dovrebbe invece avvicinare la soglia dei 16'000 portando il tasso di morosità a quasi il 5% della popolazione residente. Lo scenario “status quo” si basa su dei valori di crescita osservati in un periodo in cui non si sono registrati dei grandi cambiamenti della situazione economica e i premi dell’assicurazione malattie sono rimasti pressoché stabili. Ora, se il mercato dell’occupazione dovesse reagire in modo marcato alla preannunciata crisi economica, i valori dello scenario considerato rappresenterebbero il limite inferiore delle evoluzioni possibili del fenomeno nei mesi a venire. E qualora i premi dell’assicurazione malattie di base dovessero aumentare nel 2010 in modo sostanziale, si può facilmente ipotizzare che la tendenza delle previsioni secondo questo scenario dovrebbe essere rivista al rialzo.

T11 Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, il 31.03.09

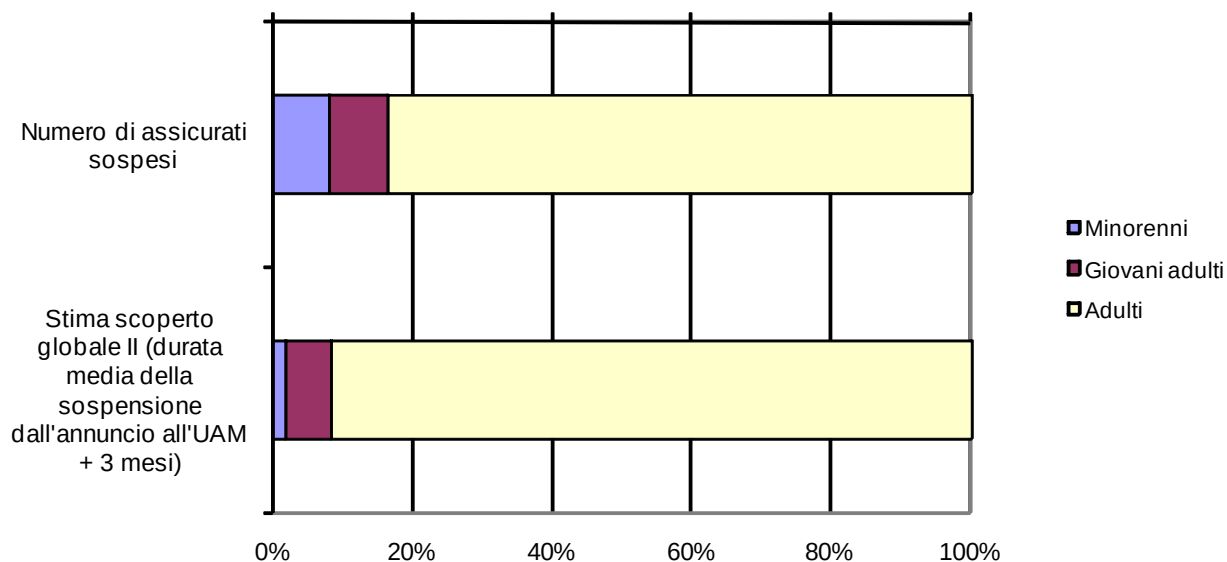
Categoria di premi, secondo l'età	Minorenni (0-18 anni)	Giovani adulti (19-25 anni)	Adulti (da 26 anni)	Totale
Numero di assicurati sospesi	1169	1172	11679	14'020
Durata media della sospensione dall'annuncio all'UAM (in mesi)	22.15	20.95	24.40	
Premio mensile medio 2006 (in franchi)	86.66	289.34	361.88	
Premio mensile medio 2007 (in franchi)	88.13	293.83	368.38	
Premio mensile medio 2008 (in franchi)	87.60	295.20	370.11	
Premio mensile medio 2009 (in franchi)	87.19	302.78	372.16	
Stima scoperto medio per assicurato sospeso I (in franchi, durata media della sospensione dall'annuncio all'UAM)	1'944	6'190	9'017	
Stima scoperto medio per assicurato sospeso II (in franchi, durata media della sospensione dall'annuncio all'UAM + 3 mesi)	2'208	7'072	10'113	
Stima scoperto globale I (in franchi, durata media della sospensione dall'annuncio all'UAM)	2'272'348	7'254'772	105'307'114	114'834'234
Stima scoperto globale II (in franchi, durata media della sospensione dall'annuncio all'UAM + 3 mesi)	2'581'420	8'287'878	118'107'765	128'977'063

G11 Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, previsione aprile-dicembre 2009 (scenario status quo)



Il grafico G12 (Proporzione di assicurati sospesi e dello scoperto il 31.03.09, secondo la categoria di premi) mette in evidenza come più del 90% dello scoperto sia generato dai premi non versati da adulti di più di 25 anni.

G12 Proporzione di assicurati sospesi e dello scoperto il 31.03.09, secondo la categoria di premi



4.5.2 Stima dell'impatto finanziario per il Cantone

In questo paragrafo, si tenterà di fornire una forchetta di valori che potrebbe prendere l'importo che il Cantone sarebbe chiamato a pagare nel caso si applicasse la modifica concordata in un primo tempo dalla Conferenza dei Direttori della Sanità e da santésuisse, ma poi mai ratificata da quest'ultima. I risultati qui presentati risulteranno comunque utili per dedurre, per lo meno in termini di ordini di grandezza, gli importi corrispondenti alle soluzioni alternative che dovessero uscire dai negoziati in corso.

Tenendo conto dei risultati presentati nei paragrafi 4.2.3.3 (Attestati carenza beni) e 4.5.1 (Stima dello scoperto), il valore pari all'85% dello scoperto che dovrebbe corrispondere alla quota negoziata del contributo dei cantoni alla revoca delle sospensioni verrebbe a situarsi tra l'importo calcolato sulla base del tasso di carenza beni stimato da Cereghetti (2008b) e l'importo calcolato su un tasso di carenza beni teorico del 100%. Per la categoria degli assicurati morosi di più di 25 anni si è ripreso il tasso di carenza beni stimato da Cereghetti, 85.6%, mentre per gli assicurati morosi più giovani si è dedotto, sempre sulla base delle stime di Cereghetti, il tasso del 68.2%. Poiché la procedura di esecuzione per debiti non era ancora giunta a termine per l'insieme degli assicurati morosi selezionati nel campione, il tasso di carenza beni reale dovrebbe situarsi su valori più alti, ma logicamente, non superiori al 100%.

Su queste premesse, a fine marzo 2009, nell'ipotesi di una partecipazione statale dell'85% alla copertura del debito generato da assicurati per i quali è stata attestata l'impossibilità di pignoramento, la stima dell'impatto finanziario per il Cantone si situa in una forchetta di valori che va dai 93 ai 110 milioni di franchi. A fine 2009, la forchetta stimata va dai 125 ai 150 milioni di franchi.

Non è facile fare delle previsioni attinenti al 2010, visto che non si conosce ancora l'esatta entità dell'aumento dei premi, né l'impatto che questo avrà sull'evoluzione del numero dei sospesi. Se si prolunga semplicemente lo scenario "status quo" fino a dicembre 2010, l'impatto stimato sulle casse dello Stato dovrebbe situarsi tra 174 e i 207 milioni di franchi. Un aumento dei premi del 3% (aumento massimo previsto che emana da valutazioni di massima dell'Ufficio federale della sanità pubblica), senza ripercussione speciale sul numero degli assicurati morosi, sposterebbe verso l'alto la forchetta dei valori di un paio di milioni di franchi. Il risultato potrebbe essere ben diverso però se l'aumento di premi avesse un'incidenza positiva significativa sull'incremento mensile del numero dei sospesi.

4.6 Cure di prima necessità

Il modello cantonale attuale in vigore tutela la salute individuale, anche in caso di sospensione della copertura assicurativa, attraverso la garanzia delle cure di prima necessità (CPN) a chi si trova in stati di bisogno sanitario (art. 43 Reg. LCAMal). Così, a una serie di fornitori di prestazioni predefinita è permesso inoltrare all'UAM, al termine di una procedura di esecuzione, una richiesta di rimborso delle fatture che non sono stati in grado di incassare in via diretta. Possono essere rimborsati solo i costi attinenti alle CPN.

Per le cure stazionarie o ambulatoriali di prima necessità sono ammesse le strutture dell'EOC e dell'OSC, il Cardiocentro Ticino, le farmacie operanti nel Cantone Ticino per quanto concerne le prescrizioni che emanano da strutture riconosciute (art. 51 Reg. LCAMal). Sono inoltre accreditati gli ospedali extracantonali, nei casi in cui l'intervento sia suffragato dai motivi di ordine medico, le cliniche private per cure somatiche o psichiatriche, operanti nel Cantone Ticino, previa richiesta formale al Dipartimento della sanità e della socialità e impegno di principio, espressi in forma scritta, a limitare le richieste di pagamento, o le prescrizioni di medicinali, alle situazioni di cura di prima necessità, le cliniche per cure di riabilitazione non praticata da EOC, previa prescrizione dell'EOC stesso o dell'OSC, e solo per interventi di prima necessità, i servizi di autoambulanza.

In questo paragrafo si cercherà, malgrado i limiti del materiale disponibile (vedi 3.2 "Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione"), di schizzare i tratti caratteristici dell'applicazione dell'articolo 43 Regolamento LCAMal. Del resto, il fatto di disporre di un'informazione probabilmente parziale e non aggiornata rappresenta di per sé un'indicazione interessante delle difficoltà e della tempistica degli attori sul campo nell'applicazione di nuove

normative che li obbliga a capire, interpretare correttamente i parametri della nuova realtà e implementare delle soluzioni che spesso costituiscono un investimento non irrilevante di risorse amministrative.

4.6.1 Costi delle prestazioni

I risultati presentati in questo paragrafo sono stati costruiti aggregando una serie di file inoltrati all'UAM dai fornitori di prestazioni sanitarie. Si è cercato di utilizzare le informazioni comparabili standardizzandole in una sola matrice di dati. Nella misura del possibile, si è cercato di imputare l'importo delle fatture sul periodo (l'anno civile) in cui la prestazione è stata erogata. Questo per cercare di far corrispondere al meglio i dati di questo paragrafo ai dati conosciuti sulla popolazione degli assicurati morosi nel loro insieme, esposti nei paragrafi precedenti.

I dati disponibili per lo studio, ricevuti nel corso del mese di marzo 2009 dall'UAM, mostrano che dall'introduzione dell'articolo 64a LAMal e del relativo regolamento d'applicazione cantonale Regolamento LCAMal, è stato richiesto il rimborso di circa 6 milioni di franchi. Se si ipotizza che la fattura globale dell'OSC, per l'anno 2008 non sarà inferiore all'importo del 2007, i costi conosciuti generati dalle cure di prima necessità sino a dicembre 2008 si possono così stimare a 7 milioni di franchi (vedi tabella T12 "Cure di prima necessità: importi totali secondo i fornitori di prestazione"). Il fatturato delle prestazioni fornite a dei minorenni non rappresenta che il 5% dell'importo totale.

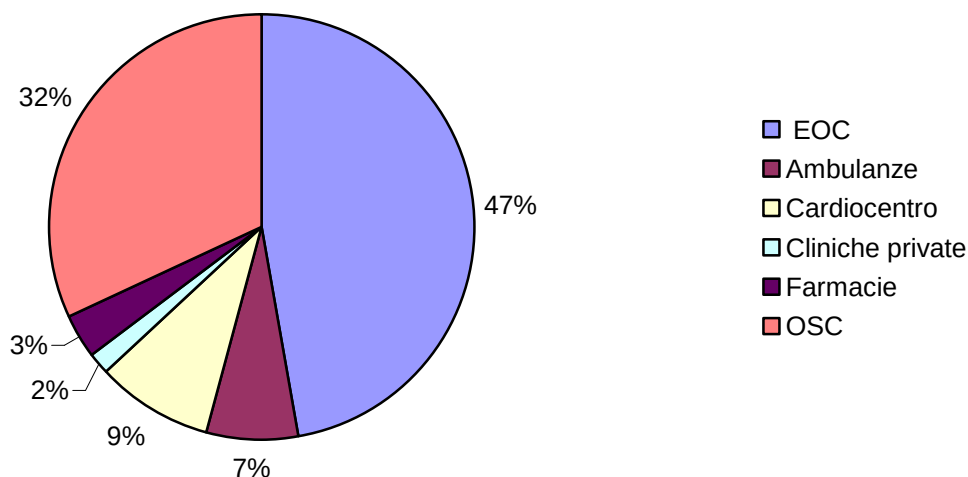
T12 Cure di prima necessità: importi totali secondo i fornitori di prestazione, dal 2005 a inizio 2009

Minorenni	EOC	Ambulanze	Cardiocentro	Cliniche private	Farmacie	OSC	Totale
2005	1'014					1'715	25'125
2006	78'738					8'047	86'785
2007	64'338					39'237	103'575
2008	115'494	4'320			148		119'962
2009							0
Totale minorenni	259'584	4'320	0	0	148	48'999	313'051
Maggirenni	EOC	Ambulanze	Cardiocentro	Cliniche private	Farmacie	OSC	Totale
2005	7'835					17'290	25'125
2006	988'496		140'421			242'772	1'371'688
2007	1'315'729		298'513			880'848	2'495'090
2008	1'245'101	201'974	251'144	53'139	95'078		1'846'436
2009		12'800		1'596	24'307		38'703
Totale maggiorenni	3'557'161	214'774	690'077	54'735	119'385	1'140'909	5'777'041
Totale complessivo	3'816'744	219'094	690'077	54'735	119'534	1'189'908	6'090'092

È difficile dare delle cifre annuali in quanto i dati stessi lasciano trasparire una realtà che si sta organizzando anno dopo anno. Non si dispone ancora di una serie temporale che permetta di stimare correttamente su che livelli si stabilizzerà la "gestione corrente" di questo aspetto del fenomeno.

Si possono comunque intravedere degli ordini di grandezza. Nel grafico G13 "Cure di prima necessità: ripartizione degli importi totali secondo i fornitori di prestazione (%)", si è tentato di visualizzarle per renderne la lettura più immediata. A questo proposito, si son presi i dati relativi al 2008, l'anno più attuale e più esaustivo dal punto di vista dei fornitori di prestazioni. Sembra inoltre che nel 2008 si sia raggiunto un certo consolidamento delle pratiche e della trasmissione delle informazioni all'UAM. In assenza del dato 2008, per l'OSC si è ripreso l'importo fatturato nel 2007.

G13 Cure di prima necessità: ripartizione degli importi totali secondo i fornitori di prestazione (%)



L'importo totale annuale così calcolato è di 2.9 milioni di franchi, la metà del quale è rappresentato dal fatturato delle prestazioni dell'EOC (47%). Il secondo fornitore di prestazioni di prima necessità risulta essere l'OSC con un fatturato pari ad un terzo dell'importo totale (32%). Seguono il Cardiocentro con il 9% del fatturato complessivo e i servizi di autoambulanza (7%). Il fatturato delle farmacie e delle cliniche private risulta invece essere marginale (3%, rispettivamente 2%).

T13 Cure di prima necessità: importi medi per beneficiario secondo i fornitori di prestazione

Minorenni	EOC	Ambulanze	Cardiocentro	Cliniche private	Farmacie	OSC	Totale
2'005	1'014					429	5'025
2'006	1'175					575	1'113
2'007	545					1'784	745
2'008	580	1'440			148		594
2'009							
Totale	773	1'440			148	1'485	862
Maggirenni	EOC	Ambulanze	Cardiocentro	Cliniche private	Farmacie	OSC	Totale
2'005	3'917					1'081	1'396
2'006	2'899		9'361			1'927	2'975
2'007	2'215		6'942			3'595	3'024
2'008	3'978	1'383	11'959	1'398	1'358		3'426
2'009		914		1'596	972		968
Totale	3'717	1'342	9'201	1'403	1'312	3'610	4'112
Totale complessivo	2'954	1'344	9'201	1'403	1'299	3'409	3'450

Sulla base del numero di persone che hanno beneficiato di CPN (vedi 4.6.2 “Numero dei beneficiari”, ci si può inoltre fare un’idea del fatturato medio secondo i fornitori di prestazioni (vedi tabella T13 “Cure di prima necessità: importi medi per beneficiario secondo i fornitori di prestazione”). Ogni beneficiario delle prestazioni del Cardiocentro è stato curato per un importo

medio di circa 9000 franchi. Si tratta dei beneficiari di CPN mediamente più cari. Seguono, con degli importi medi per beneficiario maggiorenne molto simili, l'EOC (3717 franchi) e l'OSC (3610 franchi). Le poche prestazioni di CPN fatturate dalle cliniche private, raggiungono un importo medio di appena 1403 franchi. Nei minorenni, invece le cure medie prodigate per beneficiario sono nettamente più onerose all'OSC (1485 franchi) che quelle elagite all'EOC (773 franchi). Chi fa capo all'ambulanza invece, genera un fatturato medio di circa 1300-1400 franchi indipendentemente dall'età, di cui verrà preso in considerazione dall'UAM solo la parte che rientra nelle prestazioni d'obbligo LAMal, ovvero il 50% delle spese per un massimo di 500 franchi per il trasporto e di 5000 franchi per il salvataggio per anno civile.

4.6.2 Numero dei beneficiari

Dall'introduzione dell'articolo 64a LAMal ad oggi (marzo 2009), sono poco più di 2000 le persone che hanno ricevuto delle CPN, la cui fattura è stata inoltra all'UAM. Anche qui, per l'OSC si parte dall'idea che nel 2008 ci siano state almeno 267 persone che hanno beneficiato delle sue prestazioni, come nel 2007 (vedi T14 "Cure di prima necessità: Numero di beneficiari secondo i fornitori di prestazione"). Si noti che i totali in linea e in colonna non sono la somma esatta delle cifre riportate nella tabella. Ciò è dovuto al fatto che una stessa persona può aver ricevuto prestazioni da più di un fornitore e/o più volte nel corso degli anni. Nella tabella si son voluti evitare i doppioni nei totali per poter stimare con più precisione il numero effettivo delle persone che hanno beneficiato del provvedimento.

I dati propri al 2008 (per l'OSC i dati si riferiscono al 2007), permettono di schizzare, seppur sommariamente i tratti tipici dei bisogni dell'utenza ed inoltre si possono raffrontare, con le dovute precauzioni, alle cifre globali del fenomeno.

Nel 2008, sono un migliaio le persone che hanno beneficiato di CPN, pari all'8% circa del numero medio degli assicurati morosi registrato nello stesso anno (13'000). Detto altrimenti, un beneficiario di CPN su 13 assicurati morosi. A dire il vero però, volendo essere precisi, bisogna rilevare che il calcolo di questa proporzione è intaccato dal fatto che per una parte dei beneficiari di CPN, l'UAM non ha ancora ricevuto la notifica della sospensione da parte delle CM, e questo malgrado l'abbia sollecitato esplicitamente. Negli incarti passati in rassegna si è incontrato più volte il commento *"non abbiamo ancora ricevuto la notifica di sospensione"*, anche per persone che hanno beneficiato di CPN parecchio tempo prima. A fine 2008 erano almeno un centinaio i beneficiari di CPN segnalati dai fornitori accreditati per il quale l'UAM non aveva ancora ottenuto l'annuncio di sospensione. Potrebbe trattarsi di famigliari, coniugi o minorenni che non sono stati annunciati correttamente dagli assicuratori secondo l'articolo 39 capoverso 2b del Regolamento LCAMal.

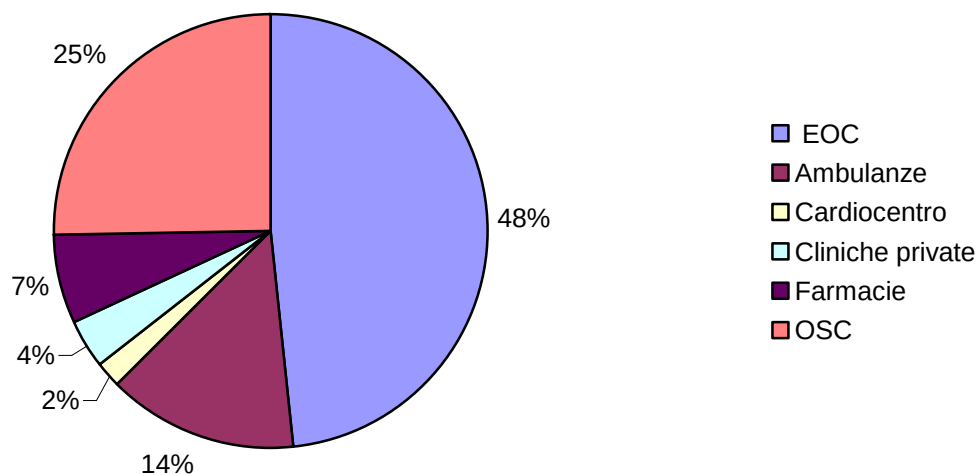
Per tornare al calcolo della percentuale di cui sopra, i beneficiari di CPN la cui sospensione non sono è ancora stata annuncia al'UAM non figurano nel denominatore del quoziente. Ciò porta a sovrastimare, seppur di poco, la quota di beneficiari nell'insieme dei sospesi.

Per quel che concerne la tassonomia dei bisogni dei beneficiari di CPN, essi si sono rivolti ai diversi fornitori di prestazione nella misura seguente (vedi grafico G14 "Cure di prima necessità: ripartizione dei beneficiari secondo i fornitori di prestazione (%)"): la metà ha ottenuto delle cure nelle strutture dell'EOC (48%), un quarto in quelle dell'OSC (25%). Il terzo fornitore più sollecitato è il servizio ambulanze con il 14%. Tra i beneficiari di CPN, solo il 2% ha fatto capo al Cardiocentro.

T14 Cure di prima necessità: Numero di beneficiari secondo i fornitori di prestazione

Minorenni	EOC	Ambulanze	Cardiocentro	Cliniche private	Farmacie	OSC	Totale
2'005	1					4	5
2'006	67					14	78
2'007	118					22	139
2'008	199	3			1		202
2'009							0
Totale	336	3	0	0	1	33	363
Maggirenni	EOC	Ambulanze	Cardiocentro	Cliniche private	Farmacie	OSC	Totale
2'005	2					16	18
2'006	341		15			126	461
2'007	594		43			245	825
2'008	313	146	21	38	70		539
2'009		14		1	25		40
Totale	957	160	75	39	91	316	1'405
Totale complessivo	1'292	163	75	39	92	349	1'765

G14 Cure di prima necessità: ripartizione dei beneficiari secondo i fornitori di prestazione (%)



4.6.3 Descrizione dei beneficiari

Al fine di indagare se la popolazione dei beneficiari di CPN costituisce una sottocategoria distinta degli assicurati morosi e evidenziarne gli eventuali tratti particolari, si è proceduto alla loro descrizione secondo le due sole variabili socio-demografiche disponibili: l'età e il sesso.

L'analisi è stata realizzata sull'insieme delle persone che hanno beneficiato di CPN annunciate all'UAM (N=1765) considerandone il sesso e la loro età al momento in cui si sono rivolti alle strutture o ai servizi preposti. Nel caso in cui una persona ha beneficiato di prestazioni durante più anni, si è considerata l'età media dei periodi di cura. Si è poi passati a un raffronto delle frequenze

relative di queste variabili con quelle della popolazione degli assicurati la cui sospensione è in corso (che non si differenziano significativamente da quelle osservate nel 2007 e nel 2008).

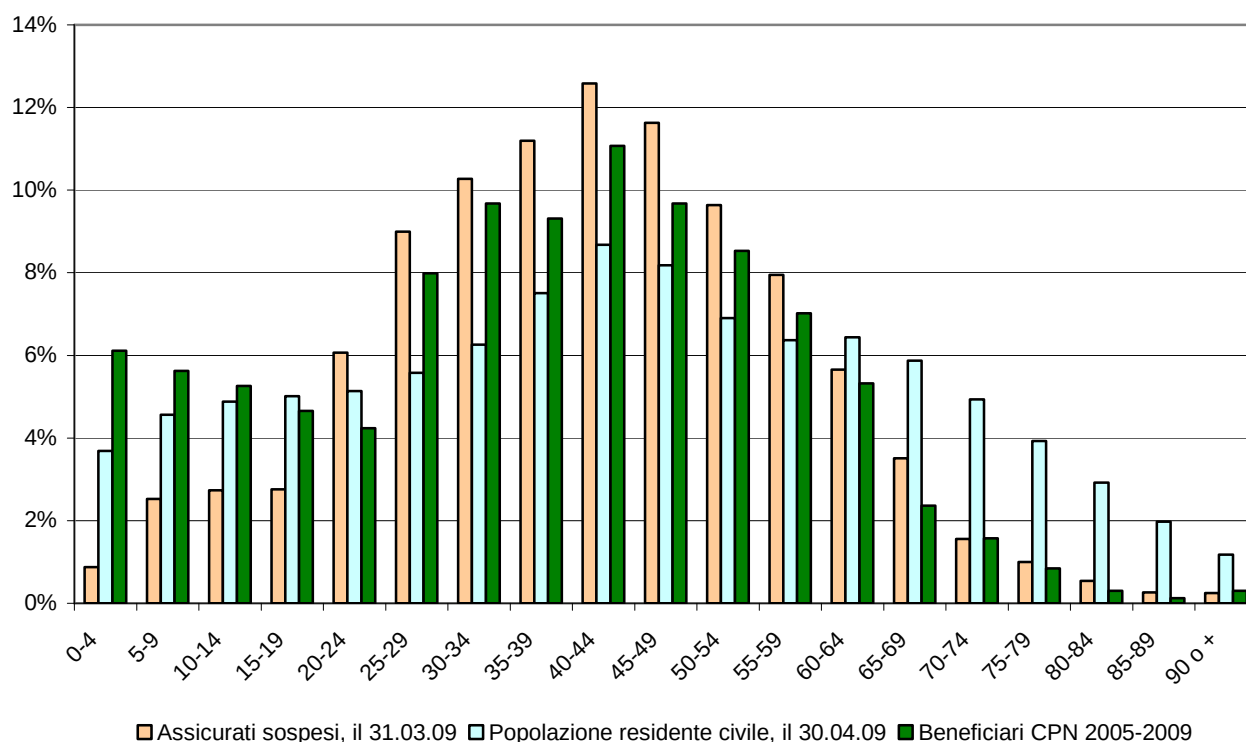
4.6.3.1 Età

L'analisi dell'età dei beneficiari di CPN mette in risalto due realtà ben distinte, quella dei maggiorenni e quella dei minorenni.

Per quel che concerne i beneficiari maggiorenni, si può dire che hanno lo stesso profilo degli assicurati morosi in generale. Non si può assolutamente dire che tra gli assicurati sospesi esistono delle categorie di età più esposte di altre a delle urgenze sanitarie. Le curva delle distribuzioni delle frequenze delle due popolazioni sono pressoché identiche e sovrapponibili.

A questo proposito, visto che il cambiamento legislativo è tutto sommato recente, ci si può però interrogare sulle possibili conseguenze a lungo termine del provvedimento, visto che in genere chi è sospeso lo rimane (vedi 4.4 "Durata e frequenza delle sospensioni"). È ipotizzabile che avendo diritto solo alle CPN, gli assicurati sospesi trascurino il loro stato di salute. Quest'eventualità, sommata alla rinuncia di controlli periodici di routine, potrebbe portare nel tempo a dei bisogni accresciuti di CPN tra gli assicurati morosi di lunga data e tra i più anziani.

G15 Beneficiari di cure di prima necessità, secondo la classe d'età



La situazione dei minorenni sospesi è ben diversa. Qui si nota come la categoria dei bambini piccoli (0-4) sia proporzionalmente sopra rappresentata. Se tra i sospesi questa categoria non raggiunge l'1% degli effettivi, essa rappresenta ben il 6% tra i beneficiari di CPN. Con l'avanzare dell'età, i bambini prima, gli adolescenti poi, sono sempre più presenti tra i sospesi, mentre la loro proporzione tra i beneficiari di CPN va scemando, pur rimanendo su dei livelli alti.

Più fattori potrebbero intervenire nella spiegazione di questi risultati. La maggior vulnerabilità dei più piccoli, una maggior attenzione da parte dei genitori e degli adulti in generale nei loro confronti.

Non da ultimo, potrebbe intervenire nella spiegazione anche la garanzia dello Stato che protegge i minori dagli effetti della sospensione.

Questi risultati non devono trarre in inganno quanto alla sua entità: al di là del loro consumo di prestazioni proporzionalmente più importante, globalmente l'impatto finanziario delle CPN dispensate ai minorenni si limita al 5% dell'intero fatturato (vedi il paragrafo 4.6.1 "Costi delle prestazioni").

4.6.3.2 Sesso

Dai dati analizzati emerge che gli assicurati sospesi, uomini e donne, abbisognano di CPN nella stessa misura. Tra chi si è rivolto ai fornitori accreditati si ritrova esattamente la stessa ripartizione che tra i sospesi nel loro insieme: 40% di donne e 60% di uomini.

5 Sintesi e conclusioni

5.1 Entità e tendenze del fenomeno

14'000 assicurati sospesi in Ticino a fine marzo, più di 15'500 alla fine dell'anno (2009), questa è la portata del fenomeno. Sono tanti? Sono pochi? Difficile da dirsi. Sicuramente, vista l'obbligatorietà della copertura e le possibili conseguenze a livello sanitario, ogni assicurato sospeso è da considerarsi un assicurato sospeso di troppo. A livello svizzero si paventa da qualche tempo la cifra "feticcio" di 150'000 assicurati sospesi. Se questa cifra dovesse essere comprovata, il tasso di morosità in Ticino sarebbe più del doppio del tasso medio nazionale.

Nei riguardi della stima del numero totale degli assicurati morosi in Svizzera, si nutrono tuttavia seri dubbi giacché non si conosce precisamente la base del calcolo. Si tende invece a credere che la curva dello sviluppo numerico del fenomeno messa in risalto con i dati ticinesi possa essere applicata grossomodo, modulata da fattori regionali, all'insieme dei cantoni. Applicando i parametri ticinesi alla cifra di 120'000 assicurati morosi annunciata dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità a inizio marzo 2007 (cifra riferita alla situazione a fine 2006/inizio 2007; CDS, 2007), a fine marzo 2009 gli assicurati sospesi in Svizzera dovrebbero aver superato la soglia delle 200'000 unità. Ciò che porterebbe il tasso di morosità nazionale dal 2 al 3%. Come si vede, questo risultato non spiega tutto. Il tasso di morosità in Ticino è comunque più alto (4.3%), ma la sua portata potrebbe essere corretta nel raffronto nazionale.

Ci sono argomenti di peso che permettono di spiegare perché il fenomeno è più pronunciato in Ticino che altrove in Svizzera. Uno di essi è costituito dal raffronto del reddito lordo medio di un'economia domestica ticinese con quello di un'economia domestica svizzera in generale. Il valore di questa misura per il Ticino è inferiore di ben il 14%. Nel 2007, il reddito lordo di un'economia domestica svizzera era, infatti, pari a 8979 franchi, mentre quello di un'economia domestica ticinese era di soli 7707 franchi (UST, tabella T20.02.01.04).

È bene inoltre ricordare che nel 2006 (dati più recenti), con un salario lordo standardizzato mediano inferiore a 5000 franchi (4899 franchi mensili), i dipendenti ticinesi erano i peggio retribuiti del Paese. Essi guadagnavano in media il 20,4% in meno dei colleghi della regione di Zurigo (6154 franchi), i più avvantaggiati della Svizzera (l'analisi non tiene conto delle differenze in termini di costo della vita, vedi UST, 2009). Ad eccezione della Svizzera orientale, in tutte le altre Grandi regioni i valori del salario lordo standardizzato mediano era superiore ai 5500 franchi. E non c'è motivo di credere che la situazione sia cambiata radicalmente negli ultimi tre anni.

I premi medi dell'assicurazione malattie, invece, seguono altre logiche. Nel 2009 ad esempio, il premio annuale medio dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari del Cantone di Zurigo si situa a 4212 franchi in zona 1 (la più cara), a 3684 franchi in zona 2 e a 3408 franchi zona 3. In Ticino, il premio medio delle due regioni che lo costituiscono è superiore a quello della zona 1 di Zurigo: 4512 franchi in zona 1, rispettivamente 4224 franchi in zona 2.

Se si considerano i premi annuali medi delle zone più care dei cantoni della Svizzera orientale, la penultima regione in fatto di salari, questi sono invece notevolmente inferiori a quelli ticinesi. Il premio più alto, lo si trova a Sciaffusa (3804 franchi), seguito da San Gallo (3636 franchi), poi via di seguito sino ad Appenzello Interno (2796 franchi). Il premio medio della zona 2 in Ticino, quella meno cara, è di ben 420 franchi superiore al premio della zona 1 di Sciaffusa.

Al di là dei costi della salute superiori in Ticino rispetto alla media nazionale, alla situazione descritta sopra non è estraneo il fatto che negli ultimi anni i cittadini ticinesi abbiano pagato premi superiori ai reali costi della malattia e amministrativi. Le eccedenze hanno contribuito in modo consistente al mantenimento sul piano nazionale delle riserve previste dalla legge, e questo indipendentemente da qualsiasi considerazione sul reddito pro capite cantonale, sul salario mediano, sul livello di benessere, ecc.

Gli indicatori più recenti riguardanti la situazione del mercato del lavoro al primo trimestre 2009 e le prospettive a breve termine, non fanno pensare che la posizione del Ticino rispetto alle altre regioni migliorerà, anzi. In questa prima parte dell'anno, quale riflesso del peggioramento congiunturale internazionale, l'economia svizzera funziona a rilento, ma un'analisi in funzione delle sette Grandi Regioni (UST, 2009) mostra quanto l'evoluzione possa essere diversa: in quattro Grandi Regioni il numero di lavoratori rimane in rialzo (Regione del Lemano: +1,4%; Zurigo: +1,1%; Svizzera nordoccidentale: +1,0%; Espace Mittelland: +0,2%), esso risulta stabile nella Svizzera orientale e in calo nella Svizzera centrale (-0,1%) e in Ticino (-0,3%).

Sempre secondo l'UST, "Stando agli indicatori a breve periodo calcolati sulla base delle indagini presso le imprese, la situazione dovrebbe addirittura peggiorare: l'indice dei posti liberi prosegue infatti in modo marcato la flessione iniziata nel quarto trimestre 2008 (-37% tra marzo 2008 e marzo 2009) e l'indicatore delle prospettive d'impiego sui tre mesi diminuisce dell'8,2 per cento" (UST, 2009, p. 16).

In compenso, sul fronte delle previsioni che si possono fare sull'importo dei premi medi dell'AM a partire da gennaio 2010, in Ticino, Cantone in cui le CM dispongono di riserve elevate, l'aumento dovrebbe essere molto minore che in parecchi altri cantoni: non dovrebbe superare il 3%. Se da una parte gli indicatori economici fanno supporre che il fenomeno degli assicurati morosi ticinesi si aggraverà, l'ipotesi di un aumento moderato dei premi dovrebbe permettere di contenerlo o per lo meno di non amplificarlo.

Siccome la serie temporale è molto corta, poco più di tre anni di cui almeno la metà è servita ad assorbire l'effetto risultante dall'entrata in vigore del cambiamento legislativo, e visto che durante il periodo esaminato non si sono verificate grandi variazioni del valore degli indicatori economici né dell'importo dei premi medi, risulta molto difficile studiare delle correlazioni tra il numero dei (nuovi) sospesi e dei possibili fattori determinanti del fenomeno.

Sulla base delle considerazioni macroeconomiche sopraesposte e dell'analisi delle serie temporali dei dati sugli assicurati morosi dall'inizio del 2006 a oggi, sembra comunque legittimo pensare che il parametro di crescita dello scenario "status quo" utilizzato nel paragrafo 4.5 per stimare l'importo dello scoperto a dicembre 2009 (+167 sospesi al mese) costituirà il limite inferiore dell'evoluzione del fenomeno nei prossimi mesi. E che quindi, comunque vada, se non si prenderanno provvedimenti speciali, c'è da aspettarsi di superare la soglia dei 16'000 sospesi nel corso del primo trimestre del 2010 e verosimilmente di raggiungere quella dei 18'000 al più tardi a dicembre dello stesso anno.

5.2 Efficacia dell'articolo 64a LAMal

Dopo più di tre anni dall'entrata in vigore, è legittimo chiedersi se il provvedimento legislativo produce gli effetti sperati.

Poiché il legislatore mirava a responsabilizzare gli assicurati inaffidabili nei pagamenti con lo spettro della sospensione, per definizione il risultato principale che permetterebbe di valutarne

l'efficacia risiede nel numero (o nella proporzione) di assicurati inaffidabili, di cattivi pagatori, che non sono mai entrati nelle statistiche dei sospesi. Da questo punto di vista, il solo risultato positivo che si sarebbe potuto misurare con i dati disponibili sarebbe la diminuzione, se non l'azzeramento, del numero di assicurati morosi conteggiati al 31 dicembre del 2005.

La realtà dei dati però è ben diversa. Non solo il numero di sospesi non è diminuito, ma è esploso. Come interpretare questo risultato? Si potrebbe ricondurre questa situazione al fatto che gli assicurati inaffidabili rimangono insensibili alla minaccia della sospensione e non cambiano per nulla il loro comportamento nel senso sperato. Se fosse il caso, il provvedimento sarebbe inefficace perché non costituirebbe un deterrente sufficiente. Da qui l'idea di certi ambienti di rincarare la dose negando la piena copertura sanitaria agli assicurati in mora (vedi mozione Stählin, 2009).

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

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

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

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

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

Considerata la situazione economico-finanziaria generale degli assicurati morosi, è facile ipotizzare che si è di fronte a una parte di popolazione per la quale una spesa non preventivata, un incidente, una rottura sentimentale o la perdita di un congiunto potrebbe avere delle conseguenze tragiche sulla possibilità di far fronte alle proprie responsabilità. Qui risiede uno dei pericoli più importanti per quelle persone che magari avrebbero anche di che onorare i loro impegni finanziari, ma che in seguito a degli imprevisti, delle crisi sul piano personale o familiare, perdono il controllo e si ritrovano poi in situazioni d'insolvenza difficilmente sanabili. In questi casi, non sempre lo spauracchio della sospensione possiede una valenza catalitica nello spronare l'individuo a reagire, ad attivarsi e a chiedere aiuto in tempo utile. Istituzionalmente, si potrebbe pensare a degli strumenti di *dépistage* e d'intervento rapido più efficaci di quanto proposto con l'articolo 41 Reg LCAMal (vedi 4.3.2 "Rappresentazione spaziale") e sensibilizzare ulteriormente gli enti locali. Bisognerebbe inoltre esaminare attentamente in che misura non ci siano delle categorie sociali particolarmente messe sotto pressione dai cambiamenti dell'economia e della società, delle categorie che sono più vulnerabili di altre ma che sono trascurate dal sistema di sicurezza sociale. Nello studio, sembra per esempio evidente che le persone divorziate, e in particolar modo gli uomini divorziati si trovino in una situazione veramente difficile con un tasso di morosità altissimo (vedi 4.3.1.2 "Sesso e stato civile").

Per esemplificare l'importanza della mancanza di risorse, ma anche dell'interazione tra fattori finanziari e psicologici nell'insorgere e nel perdurare di situazioni morose, si è potuto attingere ad un lavoro di tesi in corso, di uno studente della SUPSI, che ha avuto modo di incontrare un certo numero di casi di assicurati morosi.

Il lavoro da lui svolto ha un carattere squisitamente esplorativo e i suoi risultati, benché non siano statisticamente rappresentativi, hanno una grande valenza interpretativa (Lorenzi, in corso di preparazione). Ad eccezione di una coppia con un reddito medio alto che si assume pienamente la responsabilità di una scelta meramente utilitaristica, da altre situazioni traspaiono chiaramente dei problemi finanziari ordinari (entrate insufficienti, debiti, imposte non pagate) oppure legati a situazioni critiche particolari (fallimento, dipendenze, malattia degenerativa). Altro dato interessante che emerge dalla descrizione di questi casi sono le situazioni in cui la copertura dei premi è assicurata (dalla pensione, dalle prestazioni AI e/o PC), ma in cui la sospensione della copertura assicurativa non è revocata a causa di debiti pregressi. In generale, tutte le persone riconoscono la gravità della situazione ed esprimono il desiderio, se non la volontà, di porvi rimedio. La loro situazione è, però, critica a tal punto che s'instaurano delle priorità, delle strategie, dove spesso il pagamento del dovuto alle CM o semplicemente la ricerca di una soluzione in merito, passano in secondo piano dopo le preoccupazioni legate all'alloggio, al (ri)lancio di un'attività lucrativa, al risarcimento dei creditori della ditta, ecc. sino al bisogno di "staccare per qualche giorno" perché completamente esausti.

Da uno studio realizzato a Ginevra già nel corso del 2006 sugli 84 assicurati sospesi che si sono presentati da maggio a agosto alla "Policlinique de médecine des HUG", unico posto accreditato nel Cantone per il rilascio di medicinali, risultava che coloro che pagano *in primis* le conseguenze dell'entrata in vigore dell'articolo 64a LAMal sono per lo più dei malati cronici (88%) con una forte prevalenza di disturbi psichiatrici (59%), generalmente delle depressioni, e di statuto socioeconomico basso (Marti e Wolff, 2006). A commento dei loro risultati, viste le caratteristiche dell'utenza, gli autori sollevavano il dubbio che ci fossero delle persone gravemente malate, a livello psichico o deambulatorio, che rinunciassero ai medicinali per ignoranza o per la complessità della procedura in vigore. Più in generale, dopo aver ricordato la correlazione diretta tra statuto sociale, morbidità e la mortalità misurata nei paesi occidentali e rilevato il peggioramento del fenomeno in paesi quali l'Inghilterra o gli Stati Uniti (Phillimore et alii, 1994; Duleep, 1995) si

chiedevano se il beneficio finanziario atteso dal provvedimento legislativo non riposasse essenzialmente sull'effetto dissuasivo dell'usufrutto di prestazioni sanitarie sui più deboli.

Anche se è vero che lo studio ginevrino esamina un sottoinsieme particolare di sospesi, le caratteristiche del fenomeno evidenziate trovano un certo riscontro nei dati ticinesi. Rispetto alla cronicità non si hanno le informazioni dirette sui motivi del ricorso a delle CPN, però dalla tabella T14 "Cure di prima necessità: Numero di beneficiari secondo i fornitori di prestazione" si può dedurre che tra i 1405 maggiorenni che ne hanno beneficiato finora una parte che potrebbe rappresentare sino al 34% ha fatto ricorso a tali prestazioni più volte (la somma dei beneficiari di ogni singolo anno è infatti pari a 1883). Se si tenesse conto anche del ricorso ripetuto di CPN all'interno di ogni anno, la percentuale sarebbe sicuramente ancora più alta. Rispetto alla componente socio-psichiatrica del fenomeno e alla difficoltà a far fronte alla gestione dei propri affari correnti si ricorda invece che un quarto dei beneficiari ticinesi di CPN si è rivolto alle strutture dell'OSC (vedi il grafico G14 "Cure di prima necessità: ripartizione dei beneficiari secondo i fornitori di prestazione (%)") e più di un terzo è tassato d'ufficio (vedi grafico G5 "Assicurati sospesi 2008, secondo il tipo di tassazione"). L'analisi del reddito lordo, del reddito disponibile residuale e degli attestati di carenza di beni (paragrafi 4.2.3.2 e 4.2.3.3) confermano le difficili condizioni economico-finanziarie degli assicurati morosi.

Sulla base della costellazione delle variabili osservate, Marti e Wolff (2006) ipotizzano che l'applicazione dell'articolo 64a LAMal dovrebbe portare certi sospesi a un'esclusione durevole dal sistema sanitario. I risultati esposti nel presente studio sono più radicali: le sospensioni sono durature, e lo sono addirittura per l'insieme degli assicurati morosi (vedi paragrafo 4.4 "Durata e frequenza delle sospensioni"). Solo il riconoscimento cantonale del diritto alle CPN e della garanzia per i minorenni rende meno tragica la situazione.

Questo risultato non deve essere sottovalutato. A livello di sanità pubblica, il fatto che gli assicurati morosi non consultino quando ne avrebbero bisogno, non si curino adeguatamente e rinuncino a controlli di routine potrebbe rivelarsi una vera e propria bomba a orologeria.

5.3 Evoluzione dell'impatto finanziario sulle casse dello Stato

Dal profilo finanziario, la politica cantonale riguardo alle conseguenze della messa in vigore dell'articolo 64a LAMal si è rivelata sinora molto parsimoniosa.

In merito alle CPN, riguardo alle richieste di 6 milioni di franchi inoltrate fino all'inizio del 2009 dai fornitori, l'UAM ha proceduto nel 2008 ai primi pagamenti diretti all'EOC e all'OSC per un totale di circa 400'000 franchi per gli anni 2006 e 2007. Questa cifra relativamente contenuta è il riflesso sia del fatto che non tutte le richieste 2006 e 2007 sono state evase (a volte manca l'annuncio della sospensione da parte degli assicuratori per evadere la richiesta, vedi il paragrafo 4.6.2 "Numero dei beneficiari") sia delle impostazioni procedurali dell'UAM che in determinate situazioni predilige il pagamento dello scoperto e dei premi presso gli assicuratori. Saranno poi questi ultimi che prenderanno a carico le spese delle prestazioni. Dal 2009, si è cominciato a trattare anche le richieste di risarcimento inoltrate dal Cardiocentro, dai servizi ambulanze e dalle farmacie.

Con dati disponibili in questo momento non è possibile fare previsioni attendibili sull'impatto finanziario futuro delle CPN per il Cantone. Per il momento l'impatto sembra più che contenuto.

Per quanto attiene al versamento dei premi alle CM, l'UAM ha registrato importi pari a 2'700'000 franchi per il 2008. Nel 2006 e nel 2007 si sono pagati solo gli scoperti per i crediti pregressi fino al 31.12.2005, e pure in forma parziale, date le vicissitudini amministrative del Servizio specifico

(malattie e partenze). A questo riguardo è doveroso ricordare le notevoli risorse che hanno dovuto essere investite per gestire le conseguenze dell'entrata in vigore del provvedimento legislativo il 1° gennaio 2006: telefonate esplicative, colloqui, incontri con i fornitori di prestazioni, impostazioni amministrative e procedurali interne, ecc. E questo con effetti pronunciati sia per il 2006 che per il 2007.

I dati messi a disposizione dall'UAM riguardanti il precedente regime cantonale (fino al 31.12.2005): sono i seguenti:

- 2006: 9.3 milioni di franchi (la quasi totalità dei pagamenti si riferisce al precedente regime)
- 2005: 8.4 milioni di franchi;
- 2004: 8.6 milioni di franchi;
- 2003: 7.3 milioni di franchi.

I dati disponibili concernenti il regime attuale non permettono ancora di definirne esattamente l'entità finanziaria per le casse dello Stato. Il raffronto dell'importo pagato nel 2008 con quelli relativi al periodo che precede l'entrata in vigore dell'articolo 64a LAMal, suggerisce tuttavia che, a prescindere dalla questione in sospeso riguardo al contributo cantonale dello scoperto presso le CM, il nuovo regime sia più parsimonioso del vecchio.

Lo scoperto concernente i premi non versati dai sospesi alle CM è stato stimato con i dati disponibili. Le cifre ottenute, da interpretare con cautela tenendo conto delle avvertenze esposte nel paragrafo 3.2 (Limiti dei dati disponibili e avvertenze riguardanti la loro interpretazione), parlano di uno scoperto di 175 milioni a fine 2009 e di 245 milioni a fine 2010. Se il Cantone dovesse contribuire alla levata delle sospensioni secondo i criteri discussi a fine 2008 dalla Conferenza dei Direttori della Sanità e da *santésuisse*, l'impatto finanziario per le casse dello Stato dovrebbe aggirarsi tra i 125 e i 150 milioni di franchi a fine 2009, tra i 174 e i 209 milioni di franchi a fine 2010.

Queste sono le cifre che permettono di situare l'ordine di grandezza della posta in gioco, la fattura finale per il Cantone dipenderà comunque parecchio, oltre che dall'evoluzione del fenomeno, dal risultato negoziato dalla CDS.

5.4 Il prelievo alla fonte dei premi

L'ipotesi del prelievo dei premi alla fonte è conforme allo spirito che ha portato alla messa in vigore dell'articolo 64a LAMal: se si ha a che fare con degli assicurati inaffidabili, ci si assicura l'incasso dei premi prelevandoli direttamente alla fonte. Ora, perché questo ragionamento possa realmente costituire la soluzione al problema senza crearne degli altri, si presuppone che esista una fonte stabile di reddito dalla quale prelevare e che lo stipendio corrispondente sia congruente.

Nell'ambito dello studio, non è stato malauguratamente possibile procurarsi i dati necessari alla stima della proporzione di sospesi dipendenti con una regolare attività lucrativa. L'analisi del reddito lordo (vedi il paragrafo 4.2.3.2 "Reddito lordo e reddito disponibile residuale") mette però in risalto una situazione di redditi molto bassi. L'instabilità e la precarietà delle situazioni lavorative e salariali che si possono ipotizzare nelle fasce di reddito che compongono la popolazione dei sospesi, sommate alle ragioni di fondo menzionate nel messaggio (Consiglio di Stato, 2008, p. 8), fanno propendere per la rinuncia a questa opzione. Ci si trova inoltre abbondantemente in fasce di salario, dove un prelievo alla fonte del premio dell'AM non può rimanere senza conseguenze. Quanto emerso in merito all'approssimazione di quello che potrebbe essere il reddito residuale disponibile per gran parte degli assicurati sospesi deve rendere attenti al fatto che il prelievo alla

fonte del premio molto probabilmente non farebbe che spostare il problema, rendendo impossibile il pagamento di altre spese inalienabili.

Un argomento supplementare, che è bene ricordare ancora una volta in quest'ambito, è costituito dal fatto che il prelievo alla fonte non è sufficiente a riportare l'assicurato nel circuito ordinario dell'accesso alle prestazioni LAMal. Come nel caso del pagamento diretto dei premi da parte dei servizi sociali, la sospensione non è comunque tolta dagli assicuratori finché non è saldato l'intero debito pregresso.

5.5 Sviluppi e approfondimenti

Nell'ambito del mandato, viste le scadenze ristrette, si è cercato di scavare per quanto possibile nelle informazioni disponibili nelle banche dati dell'Amministrazione cantonale. I risultati hanno permesso di disegnare i contorni del fenomeno, di tracciarne lo sviluppo da gennaio 2006 e di schizzarne l'evoluzione probabile a breve-medio termine. L'analisi statistica ha pure permesso di approfondire la conoscenza degli assicurati morosi nel loro insieme e di mettere in risalto situazioni particolarmente problematiche di certe categorie socio-demografiche. Si pensi ad esempio alle persone sole, alle persone in età lavorativa, ai divorziati. Ma si è pure visto quali siano i limiti delle banche dati amministrative (informazione parziale, strutturazione e qualità dei dati non prevista per un utilizzo statistico, interconnessione di banche dati a volte impossibile o troppo laboriosa e dispendiosa in risorse, ecc.)

L'approfondimento dello studio dei redditi effettuato sui dati rilevati nel campione di Cereghetti (2008b), che ha peraltro fornito dei risultati centrali nella spiegazione del fenomeno, meriterebbe di essere aggiornato e dettagliato su dati più completi nei quali figurino più variabili sull'economia domestica di riferimento e le persone a carico, sul livello di formazione, sullo statuto sul mercato del lavoro, sul tasso d'occupazione, sullo stipendio, sulle altre fonti di reddito, ecc.

Per la comprensione del fenomeno a livello delle dinamiche individuali sarebbe poi necessario poter approfondire ulteriormente lo studio con la rilevazione diretta di dati presso gli assicurati stessi. Si potrebbero così indagare le discriminanti che, a situazione economico-finanziaria comparabile, fanno sì che certe persone pagano i premi dell'assicurazione malattie e altre no. L'approccio, che potrebbe combinare saggiamente metodi quantitativi e qualitativi, sarebbe quello di orientare la ricerca allo studio dei valori, degli atteggiamenti e dei comportamenti di categorie distinte di assicurati nei confronti del pagamento (o meno) dei premi assicurativi, nei confronti dello Stato, della sicurezza sociale, della salute e della malattia.

6 Raccomandazioni finali

Lo scopo di questo ultimo capitolo è quello di proporre un elenco di considerazioni principali di tipo operativo derivanti dai risultati dello studio.

6.1 Decreto legislativo del 15 dicembre 2008

Premesso che la soluzione del problema degli assicurati morosi dovrà essere trovata a livello federale, si propone di rinnovare a tempo indeterminato il Decreto legislativo (DL) del 15 dicembre 2008 che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il modello di intervento cantonale, infatti, pur non denaturando lo spirito dell'articolo 64a LAMal riguardante la responsabilizzazione degli assicurati, garantisce la copertura assicurativa ai minorenni e a chi si trova in stati di bisogno sanitario, limitando al minimo l'impatto finanziario per il Cantone.

6.2 Dépistage, tempi di intervento, coinvolgimento degli enti locali

Appare fondamentale poter reagire rapidamente all'insorgere dell'insolvenza, prima che il debito assuma delle proporzioni smisurate e che la situazione diventi irreversibile, o, perlomeno, prima che la sua soluzione non risulti estremamente onerosa.

Per quel che attiene alla segnalazione ai Comuni, l'articolo 41 Reg LCAMal è positivo, ma è limitato forzatamente ai casi in cui il Cantone è intervenuto in via diretta. Il commento all'articolo 40 Reg LCAMal, ricorda inoltre ai Comuni la possibilità di assumere un ruolo attivo sia nella prevenzione sia nella soluzione di situazioni individuali richiedendo i nominativi dei loro abitanti che fossero sospesi (vedi considerazioni a p.35). Il ruolo dei Comuni è importante e determinante, soprattutto in un'ottica di conoscenza di prossimità, per cui il loro coinvolgimento riveste una valenza fondamentale ai fini dell'intervento verso questa fascia particolare di popolazione, sovente, come già detto, sconosciuta persino dalle strutture di intervento sociale. In quest'ambito, il Cantone potrebbe promuovere una rete di coordinamento comunale. A livello comunale, grazie all'economia di scala e allo spirito di emulazione, si potrebbero contenere i costi senno' duplicati nei diversi Comuni e migliorare la qualità dell'intervento capitalizzando saperi ed esperienze e validando congiuntamente delle modalità di azione. A livello cantonale, si approfitterebbe di un'antenna sul territorio che riporti "in tempo reale" l'entità e le tendenze del fenomeno, anche su aspetti qualitativi.

6.3 Prestazioni sociali

Dallo studio è emersa la necessità di valutare in che misura tutti i potenziali aventi diritto siano correttamente informati. Si pensi ad esempio ai tassati d'ufficio il cui reddito imponibile potrebbe precludere l'invio automatico delle disposizioni concernenti le riduzioni dei premi dell'AM. Dai risultati dell'analisi dei redditi lordi sembra che la proporzione di economie domestiche che potrebbero beneficiare delle prestazioni LAPS sia più importante di quella riscontrata. A complemento di questo aspetto bisognerebbe quantificare in modo più dettagliato la grande quantità di economie domestiche che sembrano trovarsi in prossimità delle soglie di intervento LAPS, senza poter beneficiare di nessuna prestazione.

Qualora delle prestazioni sociali garantissero integralmente o anche solo parzialmente la copertura dei premi, bisognerebbe inoltre assolutamente accertarsi, e attivarsi se fosse il caso, perché

all'assicurato sia corrisposta la copertura assicurativa. Si pensi al ripianamento del debito pregresso, in modo che ai premi pagati o anticipati dall'ente pubblico corrisponda l'effettivo beneficio delle prestazioni assicurative. E tutto ciò mantenendo, ma anche potenziando se necessario, gli incentivi atti a responsabilizzare i sospesi, anche nei confronti di beneficiari di prestazioni sociali.

6.4 Prelievo alla fonte dei premi

Sulla base degli argomenti già esposti nel messaggio del 4 novembre 2008 (Consiglio di Stato, 2008) e delle considerazioni presentate nel paragrafo 5.4 (Il prelievo alla fonte dei premi, p. 58), si propone di rinunciare all'ipotesi del prelievo alla fonte dei premi.

6.5 Annunci delle sospensioni e delle riammissioni da parte degli assicuratori

A più riprese nello studio ci si è imbattuti sul bisogno di una comunicazione più strutturata e disciplinata dell'informazione da parte degli assicuratori. La qualità dei dati messi a disposizione da certi assicuratori, oltre a rendere più difficoltosa la stima della dimensione esatta del fenomeno nelle sue componenti e nel suo sviluppo, ostacola l'UAM nello svolgimento dei suoi compiti.

Si pensi ad esempio all'impossibilità di sbrigare delle pratiche riguardanti il risarcimento di fornitori di prestazioni che hanno assunto dei costi per delle CPN di coniugi o minorenni la cui sospensione non è mai stata annunciata. Nel caso dei minorenni, il mancato annuncio può addirittura precluderne la garanzia statale di cui hanno pienamente diritto.

Benché le basi normative siano correttamente impostate (articolo 39 Reg. LCAMal), non tutti gli assicuratori vi si attengono spontaneamente. Finora, per evitare aggravii amministrativi agli assicuratori, si è preferito rinunciare all'imposizione di norme. Tuttavia, alla luce del risultato insufficiente nelle comunicazioni, sia sul piano quantitativo sia sul piano qualitativo, potrebbe essere opportuno prevedere modalità d'annuncio rette da direttive ben precise.

Affinché venga annunciata la sospensione e la riammissione di tutti gli assicurati morosi, potrebbe entrare in linea di considerazione quanto già preconizzato attraverso l'articolo 39 Regolamento LCAMal capoverso 3: "L'Istituto delle assicurazioni sociali emana le direttive di procedura concernenti gli annunci da parte degli assicuratori. Al riguardo [l'IAS] può inoltre prevedere una modulistica particolare".

6.6 Monitoraggio del fenomeno

Al fine di poter disporre in ogni momento, anche in futuro, dei totali e delle descrizioni della popolazione toccata dal fenomeno, bisognerebbe predisporre la banca dati alle necessità del monitoraggio del fenomeno, e non solo ai bisogni della registrazione delle sospensioni (vedi paragrafo 3.3 "Raccomandazioni"). Si propone quindi di prevedere le risorse necessarie all'aggiornamento periodico dei risultati principali dello studio.

6.7 Sviluppi e approfondimenti

Sulla base delle considerazioni esposte nel paragrafo 5.5 (Sviluppi e approfondimenti) e del fatto che lo studio ha permesso di mostrare che tra gli assicurati morosi si trova una fetta importante della popolazione che vive in situazioni precarie e di povertà, si propone di approfondire ulteriormente la conoscenza di questa importante problematica attraverso l'affinamento della casistica, e, soprattutto, allo studio delle cause del fenomeno e delle ripercussioni della sospensione sulla qualità di vita e sullo stato di salute.

Bibliografia

- Cereghetti, B. 2007. Assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal. Studio I. Ufficio dell'assicurazione malattie.
- Cereghetti, B. 2008a. Assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal – Analisi riguardante lo stato di salute e i costi scoperti. Studio II. Ufficio dell'assicurazione malattie.
- Cereghetti, B. 2008b. Assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMa – Analisi riguardante la situazione economica. Studio III. Ufficio dell'assicurazione malattie.
- Cereghetti, B. 2009. Art. 64a LAMal – Accordo forfetario e conseguenze finanziarie: possibili misure settoriali di controllo e di contenimento delle uscite cantonali. Ufficio dell'assicurazione malattie.
- Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. 2007. Quand les assureurs-maladie suspendent leurs prestations: nature et ampleur de la problématique. Berna. Comunicato stampa.
- Consiglio di Stato. Messaggio 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. Messaggio 6138, 04.11.2008.
- 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 6138 R, 02.12.2008.
- Dipartimento federale dell'interno. [2004 a] 2008. Ordinanza del DFI sui premi medi [2005 a] 2009 dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie per il calcolo delle prestazioni complementari.
- Duleep HO.1995. Mortality and income inequality among economically developed countries. Soc Secur Bull;58:34-50.
- Gran Consiglio della repubblica e Cantone Ticino. 2008. Decreto legislativo che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi 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).
- Kehrli, Ch. Knöpfel C. 2006. Handbuch Armut in der Schweiz. Caritas-Verlag.
- Marti, C. Wolff, H. 2006. Inégalités sociales et accès aux soins : conséquences de la révision LAMal (article 64A). Revue médicale suisse. N. 85.
- Phillimore P, Beattie A, Townsend P. 1994. Widening inequality of health in northern England, 1981-91. BMJ;308:1125-8.
- UST. 2009. Indicatori del mercato del lavoro 2009 - Risultati commentati per il periodo 2003–2009. Attualità UST.

Indirizzi di rete su Internet (URL)

Istituto delle assicurazioni sociali IAS	www.iasticino.ch
Ufficio federale della sanità pubblica	www.bag.admin.ch
Ufficio cantonale di statistica USTAT	www.ti.ch/ustat
Ufficio federale di statistica UST	www.bfs.admin.ch

Lista delle tabelle

pagina

T1	Distribuzione di frequenza degli assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09 e della popolazione residente civile maggiorenne il 30.04.09, secondo la classe d'età	22
T2	Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, secondo il sesso e lo stato civile	23
T3	Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, secondo la nazionalità	24
T4	Assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, beneficiari di una Riduzione dei premi cassa malattia	25
T5	Assicurati sospesi il 31.03.09, beneficiari di prestazioni sociali ai sensi della LAPS	26
T6	Prestazioni sociali ai sensi della LAPS, versate agli assicurati sospesi il 31.03.09	27
T7	Tassazione ordinaria: reddito lordo degli assicurati sospesi 2008, secondo lo stato civile e la nazionalità	31
T8	Valori soglia d'intervento fissati nell'ambito della LAPS per l'anno 2007	32
T9	Tasso di assicurati sospesi il 31.03.09, secondo il sesso e lo stato civile	34
T10	Durata in mesi delle sospensioni in corso, rispettivamente delle Ultime sospensioni degli assicurati sospesi il 31.03.09 e degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009	41
T11	Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, il 31.03.09	44
T12	Cure di prima necessità: importi totali secondo i fornitori di Prestazione dal 2005 a inizio 2009	47
T13	Cure di prima necessità: importi medi per beneficiario secondo i Fornitori di prestazione	48
T14	Cure di prima necessità: Numero di beneficiari secondo i fornitori di prestazione	50

Lista dei grafici

pagina

G1	Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006 (conteggio a fine trimestre)	18
G2	Incremento marginale del totale degli assicurati sospesi, in % del totale, evoluzione trimestrale dallo 01.01.2006	19
G3	Sospensioni e riammissioni trimestrali, evoluzione dallo 01.01.2006	20
G4	Distribuzione di frequenza degli assicurati sospesi il 31.03.09 e della popolazione residente civile il 30.04.09, secondo la classe d'età	21
G5	Assicurati sospesi 2008, secondo il tipo di tassazione	29
G6	Tassazione ordinaria: reddito lordo degli assicurati sospesi 2008, secondo lo stato civile e la nazionalità	30
G7	Tasso di assicurati sospesi maggiorenni il 31.03.09, secondo la classe d'età	34
G8	Tasso di assicurati sospesi maggiorenni comunale, il 31.03.09, secondo la zona premi dell'assicurazione malattie	39
G9	Durata in mesi delle sospensioni in corso, rispettivamente delle Ultime sospensioni degli assicurati sospesi il 31.03.09 e degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009	42
G10	Numero di sospensioni pregresse alle sospensioni in corso, rispettivamente alle ultime sospensioni degli assicurati sospesi il 31.03.09 e degli assicurati riammessi nel corso del 1° trimestre 2009	43
G11	Stima dello scoperto (premi assicurativi non versati) presso gli assicuratori, previsione aprile-dicembre 2009 (scenario status quo)	45
G12	Proporzione di assicurati sospesi e dello scoperto il 31.03.09, secondo la categoria di premi	45
G13	Cure di prima necessità: ripartizione degli importi totali secondo i fornitori di prestazione (%)	48
G14	Cure di prima necessità: ripartizione dei beneficiari secondo i fornitori di prestazione (%)	50
G15	Beneficiari di cure di prima necessità, secondo la classe d'età	51

Lista delle rappresentazioni cartografiche

C1	Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per comune, 31 marzo 2009	36
C2	Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per zona di premi, 31 marzo 2009	37
C3	Percentuale degli assicurati sospesi maggiorenni per distretto, 31 marzo 2009	38

Lista delle abbreviazioni e degli acronimi

ACB	Attestato di carenza di beni
AD	Assicurazione contro la disoccupazione
AI	Assicurazione per l'invalidità
AM	Assicurazione malattie
AFI	Assegno integrativo
API	Assegno di prima infanzia
AVS	Assicurazione vecchiaia supersiti
CCT	Cardiocentro Ticino
CdS	Consiglio di Stato della repubblica e Cantone Ticino
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CM	Cassa malattia, cassa malati
CSI	Centro sistemi informativi Centro del DFE
CPN	Cure di prima necessità
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DFE	Dipartimento cantonale delle finanze e dell'economia
DL	Decreto legislativo
DSAN	Dipartimento Sanità della SUPSI
DSAS	Dipartimento Scienze Aziendali e Sociali della SUPSI
DSS	Dipartimentocantonale della sanità e della socialità
EOC	Ente ospedaliero cantonale
ESPOP	Statistica dello stato annuale della popolazione
GC	Gran Consiglio della repubblica e Cantone Ticino
GIPS	Gestione informatizzata delle prestazioni sociali
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
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
NAVS13	Nuovo numero di assicurato AVS a 13 cifre
NIU	Numero d'identificazione universale
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
PC	Prestazioni complementari
RIPAM	Riduzione dei premi di assicurazione malattie
santésuisse	Associazione degli assicuratori malattie svizzeri
SUPSI	Scuola universitaria della Svizzera italiana
UAM	Ufficio dell'assicurazione malattie
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