



16.312

Iniziativa cantonale
Complemento all'articolo 64a della legge federale
sull'assicurazione malattie concernente l'esecuzione
dell'obbligo di pagare i premi da parte degli assicurati
Rapporto esplicativo della Commissione della sicurezza sociale
e della sanità del Consiglio degli Stati

del 27 gennaio 2021

Onorevoli presidente e consiglieri,

con il presente rapporto vi sottoponiamo il progetto di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)¹ concernente l'esecuzione dell'obbligo di pagare i premi da parte degli assicurati, che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

La Commissione vi propone di approvare il progetto di legge allegato.

Nel contempo vi proponiamo di togliere dal ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2017 | M | 17.3323 | «Premi delle casse malati. I genitori rimangono debitori dei premi dei figli non pagati»
(N 5.6.19 Heim, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CS 29.10.19, S 4.12.19) |
| 2018 | M | 18.4176 | «LAMal. I genitori tenuti al mantenimento sono debitori dei premi dei figli non pagati»
(N 22.3.19 Brand, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CS 29.10.19, S 4.12.19) |

27 gennaio 2021

In nome della Commissione:

Il presidente, Paul Rechsteiner

¹ RS 832.10

Compendio

Se un assicurato non paga i suoi premi e le partecipazioni ai costi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e dopo una procedura d'esecuzione viene rilasciato un attestato di carenza di beni, il Cantone remunererà all'assicuratore l'85 per cento dei crediti in arretrato. Per pagare questi crediti, tra il 2012 e il 2019 i Cantoni hanno versato agli assicuratori circa 2,5 miliardi di franchi.

Il disciplinamento in vigore dal 1° gennaio 2012 sulla procedura seguita in caso di mancato pagamento dei premi deve essere migliorato in vari aspetti sulla base dell'esperienza finora acquisita. Si tratta di trovare una soluzione che tenga conto equamente delle esigenze dei Cantoni, degli assicurati, degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni:

- *i minorenni non devono più essere essi stessi debitori dei premi e delle partecipazioni ai costi; ad assumersi tale responsabilità devono essere i loro genitori. Ciò permetterà di evitare che dei giovani, non appena raggiunta la maggiore età, siano obbligati a coprire i debiti derivati dal mancato pagamento dei premi.*
- *Gli assicuratori devono poter perseguire un assicurato moroso non più di due volte all'anno. Questa misura permetterà di contenere gli oneri amministrativi.*
- *I Cantoni devono poter continuare a tenere elenchi degli assicurati morosi, per i quali gli assicuratori prendono a carico unicamente i trattamenti in caso d'urgenza medica. Visto che la nozione di trattamento in caso d'urgenza presenta difficoltà d'interpretazione, sarà necessario darne una definizione. Inoltre i minorenni, che non dovrebbero più essere debitori dei loro premi di cassa malati non pagati, non dovranno figurare nelle liste. Una minoranza della Commissione propone che ai Cantoni venga negata la possibilità di tenere un elenco degli assicurati morosi.*
- *Gli assicurati per i quali, a causa del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, è stato rilasciato un attestato di carenza di beni devono essere affiliati a una forma di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni (p. es. al modello del medico di famiglia). Con questo genere di assicurazione i premi possono risultare fino al 20 per cento più convenienti rispetto a un'assicurazione che prevede la libera scelta del medico e dell'ospedale. Questi assicurati saranno di nuovo liberi di cambiare assicuratore e forma di assicurazione soltanto dopo che avranno pagato i loro debiti o dopo che il Cantone avrà ripreso dall'assicuratore l'attestato di carenza di beni (cfr. sotto).*
- *Per quanto riguarda la gestione degli attestati di carenza dei beni, è prevista l'introduzione di due possibilità: 1) come è stato il caso finora, il Cantone assume l'85 per cento dei crediti in arretrato; l'assicuratore conserva l'attestato di carenza di beni e restituisce al Cantone il 50 per cento degli eventuali successivi pagamenti dell'assicurato. 2) Il Cantone assume il 90 per cento dei crediti in arretrato, riprende dall'assicuratore l'attestato di carenza di beni e*

diventa esso stesso creditore. I Cantoni, possedendo una migliore visione d'insieme sulla situazione finanziaria degli assicurati morosi, sono meglio in grado di valutare in che modo questi ultimi possono risanare i loro debiti.

Indice

Compendio	2
1 Genesi del progetto	5
1.1 Diritto vigente	5
1.2 L'iniziativa depositata dal Cantone di Turgovia e i lavori della CSSS-S	6
2 Situazione iniziale	7
2.1 Evoluzione dei casi di inadempienza nei pagamenti	7
2.2 Elenco degli assicurati morosi	10
2.2.1 Opinioni discordanti sull'effetto prodotto	10
2.2.2 Sulla nozione di «casi d'urgenza medica»	14
2.3 Numero delle esecuzioni	14
2.4 Convenzioni di cessione fra Cantoni e assicuratori	15
2.5 Interventi parlamentari	16
2.6 Procedura di consultazione	16
3 Grandi linee del progetto	18
3.1 Proposta di minoranza	19
4 Commento ai singoli articoli	20
5 Ripercussioni	29
5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	29
5.2 Altre ripercussioni	30
5.3 Applicabilità	30
6 Rapporto con il diritto europeo	30
7 Basi giuridiche	31
7.1 Costituzionalità e legalità	31
7.2 Delega di competenze legislative	31
7.3 Forma dell'atto	31
Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Esecuzione dell'obbligo di pagare i premi) (Progetto)	FF 2021 746

Rapporto

1 Genesi del progetto

1.1 Diritto vigente

Il disciplinamento relativo al mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi (art. 64a LAMal) è stato modificato l'ultima volta dal Parlamento il 19 marzo 2010. La modifica della LAMal si fondava essenzialmente su un accordo fra il Dipartimento federale dell'interno (DFI), la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e santésuisse (federazione mantello degli assicuratori malattia). I suoi principali elementi sono i seguenti:

- la procedura seguita in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi viene disciplinata;
- il Cantone assume l'85 per cento dei crediti che hanno dato luogo al rilascio di un attestato di carenza di beni (cpv. 4);
- in contropartita, l'assicuratore rinuncia in principio a sospendere la presa a carico dei costi delle prestazioni;
- l'assicuratore conserva l'attestato di carenza di beni e restituisce al Cantone il 50 per cento degli eventuali successivi pagamenti dell'assicurato (cpv. 5);
- l'assicurato non può cambiare assicuratore finché è in ritardo con i pagamenti (cpv. 6).

Nel corso delle sue deliberazioni, il Parlamento ha inoltre deciso di autorizzare i Cantoni a tenere un elenco degli assicurati che nonostante l'esecuzione non pagano i premi. L'elenco è accessibile unicamente ai fornitori di prestazioni, al Comune e al Cantone. L'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica (art. 64a cpv. 7 LAMal).

Parallelamente, il Parlamento ha imposto ai Cantoni l'obbligo di versare l'importo per la riduzione del premio direttamente agli assicuratori (art. 65 cpv. 1 LAMal). Anche la legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC)² è stata modificata, così da fare in modo che l'importo forfettario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie previsto dalla LPC venga anch'esso versato direttamente all'assicuratore.

Il Consiglio federale ha disciplinato l'applicazione (art. 105a–106e dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal³) e ha posto in vigore la modifica di legge con effetto al 1° gennaio 2012.

² RS 831.30

³ RS 832.102

1.2 L’iniziativa depositata dal Cantone di Turgovia e i lavori della CSSS-S

Il 30 maggio 2016 il Cantone di Turgovia ha depositato un’iniziativa cantonale con la quale invita la Confederazione a completare l’articolo 64a della legge federale sull’assicurazione malattie in modo che il suo capoverso 4 abbia il seguente nuovo tenore: «Il Cantone assume l’85 per cento dei crediti oggetto della comunicazione di cui al capoverso 3. Se il Cantone assume il 90 per cento di tali crediti, l’assicuratore gli trasferisce la gestione dell’attestato di carenza di beni o del titolo equivalente. Con il trasferimento avviene un cambiamento del creditore. Il Cantone comunica all’assicurato il cambiamento del creditore. In questo caso, il capoverso 5 non è applicabile». Nel motivare la sua iniziativa, il Cantone di Turgovia faceva notare come l’introduzione dell’articolo 64a LAMal (cfr. n. 1.1) abbia ridotto in modo significativo l’incentivo degli assicuratori a riscuotere in modo efficiente ed efficace i premi di cassa malati. Osservava inoltre che per i servizi pubblici competenti del Cantone di Turgovia è estremamente fastidioso dover sottostare a un obbligo di pagamento senza poter influire sulla riscossione dei crediti corrispondenti.

Il 13 febbraio 2017 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha sentito una delegazione del Cantone di Turgovia. Il 28 marzo 2017 ha deciso, con 6 voti contro 0 e 5 astensioni, di dare seguito all’iniziativa cantonale. Il 25 gennaio 2018 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) si è allineata, con 16 voti contro 6 e 1 astensione, alla decisione presa dalla CSSS-S. Il 2 marzo 2018 l’iniziativa è stata attribuita al Consiglio degli Stati, e quindi alla CSSS-S, per l’elaborazione di un progetto di atto legislativo (art. 117 cpv. 1 LParl⁴). La Commissione – fondandosi sull’articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento – ha deciso di avvalersi della collaborazione degli esperti dell’Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Il caso di decesso, riportato dalle cronache nella primavera del 2018, di un paziente sieropositivo che figurava sull’elenco degli assicurati morosi del Cantone dei Grigioni e una sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Cantone di San Gallo⁵ riguardante l’interpretazione della nozione di «urgenza medica» hanno dato adito a numerosi interventi parlamentari⁶, e in particolare alla mozione «Liste nere. Definizione di urgenza» (18.3708) depositata dalla CSSS-N il 6 luglio 2018. Essa incarica il Consiglio federale di presentare un progetto di modifica della LAMal che preveda di completare l’articolo 64a capoverso 7 in modo tale che il Cantone sia tenuto a definire l’urgenza medica. Il 19 settembre 2018 il Consiglio nazionale ha accolto la mozione senza controproposte.

⁴ Legge sul Parlamento (RS 171.10)

⁵ Sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Cantone di San Gallo del 26 aprile 2018, KSCHG 2017/5; cfr. anche n. 2.2.2.

⁶ 18.3400 n Ip. de la Reussille. Morire in Svizzera nel 2018 per mancanza di cure; 18.3643 n Mo. Barrile. Articolo 64a capoverso 7 LAMal. Soppressione delle liste nere; 18.5269 Dmd. Ruiz Rebecca. Assicurazione malattia e liste nere. Fino a quando si lascerà che i pazienti muoiano?; 18.5278 Dmd. Heim. Assicurazione malattia e liste nere. Nessun risultato, a parte le spese, il lavoro supplementare e situazioni umane problematiche; 18.5296 Dmd. Feri Yvonne. Premi di cassa malati. Pagamenti attraverso deduzioni sul salario; 18.5297 Dmd. Barrile. Assicurazione malattie. Le liste nere possono uccidere. Ciò non è in contraddizione con lo spirito della Costituzione e della LAMal?

In questo contesto, il 16 ottobre 2018 la CSSS-S ha deciso di sentire i rappresentanti della CDS e delle due federazioni mantello degli assicuratori malattia, santésuisse e Curafutura. Le audizioni si sono svolte il 17 gennaio 2019. Al termine, la CSSS-S ha incaricato l'Amministrazione di elaborare un progetto preliminare inteso a migliorare nel suo complesso la procedura da seguire in caso di mancato pagamento dei premi. La Commissione ha esaminato il progetto in occasione della sua seduta del 29 ottobre 2019 e ha incaricato l'Amministrazione di completarlo.

Durante la stessa seduta la Commissione ha esaminato due mozioni dello stesso tenore del Consiglio nazionale, riguardanti anch'esse la questione dei premi non pagati (mozioni 17.3323 e 18.4176). Questi interventi incaricano il Consiglio federale di presentare le necessarie modifiche di legge in modo che i genitori rimangano debitori dei premi di cassa malati non pagati dei figli aventi diritto al mantenimento anche quando decade l'obbligo di mantenimento. Su proposta della Commissione, il Consiglio degli Stati ha accolto le due mozioni il 4 dicembre 2019 senza opposizioni. Per evitare doppioni nei lavori legislativi, l'Amministrazione, d'intesa con la Commissione, ha integrato le disposizioni corrispondenti nel progetto preliminare.

In occasione della sua seduta del 25 maggio 2020 la CSSS-S ha esaminato il progetto preliminare riveduto e completato. La Commissione lo ha approvato all'unanimità e ha deciso di porlo in consultazione assieme al rapporto esplicativo.⁷

Il 27 gennaio 2021, la CSSS-S ha preso atto dei risultati della procedura di consultazione e adottato il progetto. Rispetto al progetto posto consultazione, la Commissione ha sottoposto il testo a due modifiche: fissa il numero delle azioni giudiziarie da parte degli assicuratori a un massimo di due invece di quattro volte all'anno e per assicurato. Inoltre, secondo la maggioranza della Commissione gli elenchi degli assicurati morosi non vanno aboliti: i Cantoni infatti, se lo desiderano, dovrebbero poter continuare a tenere tali elenchi nel quadro di un'esecuzione rispettosa del federalismo. Una minoranza propone di abolire la possibilità sia di tenere elenchi di assicurati morosi inadempienti sia di sospendere la presa a carico delle prestazioni fornite a questi assicurati. La Commissione ha accolto all'unanimità il progetto all'attenzione della propria Camera; nel contempo il Consiglio federale avrà l'opportunità di esprimere un parere.

2 Situazione iniziale

2.1 Evoluzione dei casi di inadempienza nei pagamenti

L'ultima revisione dell'articolo 64a LAMal (cfr. n. 1.1) ha permesso di risolvere il problema derivante dal fatto che presso i fornitori di prestazioni si accumulavano le fatture non pagate, in quanto gli assicuratori sospendevano per principio la presa a carico delle prestazioni fornite agli assicurati morosi. Questo nuovo disciplinamento, in vigore dal 1° gennaio 2012, ha tuttavia comportato un costante aumento del carico finanziario dei Cantoni.

⁷ Per poter proseguire i lavori attualmente in corso, il 3 giugno 2020 il Consiglio degli Stati ha deciso, con 29 voti contro 3 e 1 astensione, di prorogare il termine di trattazione dell'iniziativa cantonale.

Nel 2019 circa 174 000 assicurati avevano un pagamento in arretrato per il quale l'assicuratore aveva ottenuto un attestato di carenza di beni e il Cantone aveva assunto l'85 per cento del credito. A questo titolo i Cantoni hanno versato agli assicuratori circa 392 milioni di franchi⁸. Per pagare i crediti in arretrato, i Cantoni tra il 2012 e il 2019 hanno versato agli assicuratori un importo complessivo pari a circa 2,376 miliardi di franchi⁹.

Alcuni Cantoni assumono l'85 per cento dei crediti imputandolo al credito per la riduzione dei premi¹⁰. La LAMal obbliga i Cantoni a ridurre i premi agli assicurati che si trovano in condizione economica modesta (art. 65 cpv. 1 LAMal). La Confederazione accorda annualmente ai Cantoni un sussidio destinato alla riduzione dei premi (art. 66 LAMal). L'importo versato loro non può essere utilizzato per altri scopi. Per ridurre i premi di cassa malati i Cantoni mettono comunque a disposizione anche mezzi propri, decidendo liberamente se sia il caso di riscattare con essi anche i crediti in arretrato. La Confederazione non dispone in merito di alcun dato.

L'UFSP non raccoglie dati sui rimborsi effettuati dagli assicuratori ai Cantoni. La CDS compie annualmente un'inchiesta presso i Cantoni sugli oneri sostenuti da questi ultimi per attestati di carenza di beni sui premi e la partecipazione ai costi. La CDS non pubblica questo sondaggio, dal quale è emerso che nel 2019 gli assicuratori hanno rimborsato ai Cantoni circa 19,1 milioni di franchi conformemente all'articolo 64a capoverso 5 LAMal. La maggior parte di questi rimborsi riguarda gli attestati di carenza di beni degli anni precedenti. La CDS confronta quindi i rimborsi degli ultimi tre anni con le spese dei tre anni precedenti. Per tutta la Svizzera i rimborsi degli anni 2017–2019 sono equivalenti al 4,6 per cento dei crediti assunti dal 2016 al 2018.

Tabella 1

Pagamenti dei Cantoni per crediti in arretrato nell'AOMS dal 2014, in milioni di franchi¹

Cantone	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ZH	37,8	38,5	40,1	45,9	48,3	50,5
BE	25,7	34,6	35,0	36,1	42,1	39,8
LU	0,3	5,8	6,7	6,6	7,7	8,3
UR	–	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5

⁸ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 4.10, 2019, UFSP (in francese e tedesco)

⁹ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 4.11, 2019, UFSP (in francese e tedesco)

¹⁰ Si veda p. es. la presa di posizione del 27 febbraio 2018 del Consiglio di Stato del Cantone di Soletta in merito al mandato sovrapartitico inteso ad abolire la lista nera degli assicurati morosi dei premi di cassa malattia. Il Governo solettese precisa che dall'entrata in vigore, il 1° gennaio 2012, della versione riveduta dell'articolo 64a LAMal, il Cantone è obbligatoriamente tenuto ad assumere l'85% dei premi o delle partecipazioni ai costi non pagati per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni. Nel 2017 ciò ha comportato per il Cantone costi supplementari per 9,5 mio. fr., che sono stati imputati al credito per la riduzione dei premi.

Cantone	2014	2015	2016	2017	2018	2019
SZ	1,0	2,0	2,3	2,4	2,6	2,9
OW	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4
NW	0,2	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6
GL	1,2	1,4	1,2	0,0	1,3	1,4
ZG	–	–	–	–	–	–
FR	9,4	12,2	12,7	13,0	14,6	15,8
SO	–	–	9,3	11,8	13,4	11,2
BS	7,9	13,2	12,7	12,2	14,6	12,9
BL	9,8	12,8	9,1	12,9	12,7	14,8
SH	1,1	2,1	2,1	2,6	2,6	3,1
AR	0,7	1,0	1,0	1,0	1,2	1,4
AI	0,02	0,03	0,0	0,03	0,04	0,1
SG	5,9	10,4	14,9	14,8	16,2	17,9
GR	1,4	2,8	2,9	2,9	3,3	3,4
AG	7,8	15,4	16,0	14,8	16,4	17,6
TG	1,8	2,0	2,0	3,2	3,2	2,4
TI	6,1	12,2	16,7	17,1	19,2	19,5
VD	45,5	44,7	46,6	44,2	51,3	50,8
VS	12,2	15,4	16,1	18,8	20,8	22,8
NE	12,4	13,7	15,0	15,7	18,4	20,1
GE	44,2	40,1	37,4	65,3	69,4	68,8
JU	3,9	3,6	4,3	4,1	5,0	4,8
CH²	236,6	284,7	305,4	346,5	385,3	391,6

1) Premi e partecipazioni ai costi nonché interessi di mora e spese di esecuzione, di cui agli articoli 64a LAMal e 105k OAMal, che sono stati pagati dal Cantone agli assicuratori.

Dal 2012 i Cantoni assumono l'85 per cento dei crediti in arretrato che hanno dato luogo al rilascio di un attestato di carenza di beni.

2) Dati incompleti per alcuni Cantoni e quindi anche per la Svizzera (*in corsivo*)

Fonte: Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 4.11, 2019, UFSP (in francese e tedesco)

2.2 Elenco degli assicurati morosi

2.2.1 Opinioni discordanti sull'effetto prodotto

I Cantoni hanno la facoltà di registrare in un elenco gli assicurati che non pagano i premi dovuti. Gli assicuratori sospendono la presa a carico delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica (art. 64a cpv. 7 LAMal). L'UFSP rileva presso gli assicuratori il numero degli assicurati toccati dalla sospensione delle prestazioni. Qualora non riesca a ottenere dati esaustivi, l'Ufficio effettua comunque una stima del numero delle persone interessate dal provvedimento basandosi sui dati di quegli assicuratori che gli hanno fornito indicazioni complete: nel 2019 tale numero ammontava a 33 195 unità¹¹. Rappresentanti di santésuisse hanno indicato alla CSSS-S che le persone registrate negli elenchi erano 28 254 il 1° gennaio 2018 e 35 734 il 1° gennaio 2019¹².

Questi elenchi sono stati introdotti allo scopo di aumentare la pressione sugli assicurati che possono ma non vogliono pagare i premi. Le opinioni divergono sull'efficacia nel raggiungere tale obiettivo.

Nel quadro dei lavori sul progetto preliminare l'UFSP, su incarico della CSSS-S, ha cercato di determinare se vi sia un rapporto fra l'ammontare dei pagamenti in arretrato e il fatto di tenere un elenco degli assicurati morosi. Si è voluto in particolare appurare se i Cantoni che hanno introdotto un tale elenco abbiano potuto ridurre i loro pagamenti agli assicuratori. A tal fine, l'Ufficio ha confrontato i versamenti dei Cantoni che tengono un elenco con quelli dei Cantoni che non lo tengono. Nel farlo ha dovuto tener conto del fatto che i Cantoni hanno introdotto i rispettivi elenchi in momenti diversi. L'UFSP ha pertanto confrontato l'aumento percentuale medio dei pagamenti in arretrato nel corso di periodi diversi (2009–2017; 2012–2017; 2014–2017, 2015–2017), giungendo alla conclusione che nei periodi considerati l'aumento registrato complessivamente nei Cantoni che tengono un elenco è stato maggiore di quello registrato in quelli che non lo tengono. A suo avviso, non è pertanto possibile comprovare alcuna correlazione fra la tenuta di un elenco e il volume dei pagamenti in arretrato.

Ad analoga conclusione era giunto già nel 2015 il Cantone di Zurigo, che ha preferito rinunciare all'introduzione di un elenco degli assicurati morosi. La sua decisione definitiva si è fondata su uno studio¹³ realizzato nell'ottobre del 2015 dall'ufficio basilese B, S, S. Come riferito dal Dipartimento zurighese della sanità pubblica¹⁴, dallo studio emerge che le differenze nel comportamento di pagamento fra gli assicurati dei Cantoni che tengono un elenco e quelli dei Cantoni che non lo tengono sono statisticamente irrilevanti. A seconda dei criteri adottati – per esempio, di quale assicuratore è stato preso in considerazione – è risultato che nei Cantoni che non tengono un elenco la morale di pagamento è addirittura migliore che in quelli che lo tengono. Gli autori

¹¹ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 7.11, 2019, UFSP (in francese e tedesco).

¹² Fonte: Sasis AG

¹³ B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich, Schlussbericht, Basilea, 14 ottobre 2015.

¹⁴ Comunicato stampa del 7 dicembre 2015 del Dipartimento della sanità pubblica del Cantone di Zurigo, «Liste säumiger Prämienzahler: Nutzen kann nicht belegt werden».

dello studio sono giunti alla conclusione che la tenuta di un elenco degli assicurati morosi comporta incontestabilmente delle spese, mentre non è possibile comprovarne l'utilità.

Al 1° gennaio 2021 erano sei i Cantoni che tenevano un elenco degli assicurati morosi: Argovia, Lucerna, San Gallo, Turgovia, Ticino e Zugo. La sua introduzione è avvenuta come segue:

- 2007: Turgovia
- 2012: Lucerna, Ticino e Zugo
- 2014: Argovia
- 2015: San Gallo

Per diversi anni anche il Cantone dei Grigioni (2014–2018), il Cantone di Soletta (2012–2019) e il Cantone di Sciaffusa (2012–2020) hanno tenuto un elenco di questo tipo.

Il Cantone di Turgovia è convinto dell'efficacia di tale sistema e associa la tenuta dell'elenco a un meccanismo di gestione dei dossier affidato ai Comuni. Secondo il Governo turgovese, questo sistema permette di prendere rapidamente contatto con tutte le persone inserite nell'elenco e di avviare con esse un percorso di assistenza fondato sui loro bisogni individuali¹⁵. In tal modo è possibile evitare il rilascio di attestati di carenza di beni e impedire quindi casi di indebitamento che si prolungano per anni. Turgovia era l'unico Cantone a inserire nell'elenco anche minorenni¹⁶. Nel corso dell'estate 2020 il Governo turgovese ha abbandonato tale pratica: il 26 giugno 2020 ha annunciato che dal 1° gennaio 2021 sull'elenco degli assicurati morosi non sarebbero comparsi né bambini né giovani. Ha inoltre rilevato che grazie alla tenuta di tale elenco e a una gestione attiva dei casi nel Cantone di Turgovia il numero degli assicurati morosi era in calo da diversi anni.

Nel febbraio del 2018, l'allora direttore del Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ticino Paolo Beltraminelli ha spiegato come la soluzione attuata in Ticino si sia rivelata, grazie anche all'ottima collaborazione con i Comuni, opportuna tanto in termini preventivi quanto a livello sanzionatorio. Il sistema permette di differenziare fra gli assicurati che non vogliono pagare da chi invece non può, con maggiore tutela di quest'ultimi¹⁷. Nell'esprimere la propria valutazione, Beltraminelli si è fondato fra l'altro su uno studio¹⁸ realizzato dalla Scuola universitaria professionale della

¹⁵ Comunicato del Governo turgovese del 27 settembre 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz».

¹⁶ 19.5420 Dmd. Graf-Litscher. Bambini inseriti sulla lista nera degli assicurati morosi a causa delle difficoltà di pagamento dei loro genitori.

¹⁷ Assicurati sospesi dalle prestazioni LAMal: Analisi qualitativa, Conferenza stampa, Bellinzona, 8 febbraio 2018, Dipartimento della sanità e della socialità.

¹⁸ Maurizio Bigotta, Anna Bracci, Spartaco Greppi, «Assicurati sospesi dalle prestazioni LAMal: profilo e fattori di rischio», Ricerca svolta su richiesta dell'Istituto delle assicurazioni sociali, Rapporto finale, gennaio 2018.

Svizzera italiana (SUPSI) riguardante il profilo degli assicurati che non avevano pagato il premio di cassa malati.¹⁹

In altri Cantoni l'opportunità di tenere l'elenco è stata discussa, e quindi riconosciuta, nel contesto di alcuni interventi parlamentari. È il caso del Gran Consiglio del Cantone di Lucerna, che nell'ottobre del 2018 ha respinto un postulato che chiedeva la soppressione della lista nera²⁰. Nel novembre 2018 il Gran Consiglio del Cantone di San Gallo si è rifiutato di entrare in materia su una mozione che avanzava un'analogha richiesta²¹.

Nell'agosto del 2018 il Consiglio di Stato del Cantone di Argovia ha annunciato che avrebbe proceduto a una valutazione dell'elenco degli assicurati morosi; a suo avviso è prematuro trarre un bilancio definitivo del rapporto fra costi e benefici senza prima conoscere l'effetto esplicito dalle nuove misure di accompagnamento²². Nel dicembre del 2018, il direttore del Dipartimento della sanità pubblica del Cantone di Zugo, esprimendosi davanti al Gran Consiglio a nome del Collegio governativo, ha suggerito di attendere gli sviluppi a livello federale e che all'occorrenza la questione potrà essere ripresa in un momento successivo²³.

Altri Cantoni hanno invece deciso di abbandonare l'elenco. Il Cantone dei Grigioni ha deciso di abolirlo a partire dal 1° agosto 2018. Il Consiglio di Stato ha motivato la sua decisione con le seguenti argomentazioni: si è osservato che, così come in altri Cantoni, l'elenco degli assicurati morosi non ha prodotto gli effetti auspicati. La maggior parte degli assicuratori malattia omette di annunciare all'istituto delle assicurazioni sociali del Cantone la continuazione dell'esecuzione; di conseguenza, gli assicurati morosi non vengono iscritti nella lista nera. L'auspicata spinta ad adempiere tempestivamente all'obbligo di pagare i premi risulta quindi in ampia misura vanificata dal fatto che gli assicurati morosi non possono essere sanzionati. La prassi non uniforme seguita dalle casse malati porta al contrario a una disparità di trattamento degli assicurati morosi²⁴.

¹⁹ Quando il Gran Consiglio ticinese ha preso atto di questo rapporto il 9 marzo 2020, il consigliere di Stato responsabile ha ribadito che l'elenco consentiva di individuare i debitori in malafede e di promuovere la collaborazione con i Comuni (Raffaele De Rosa, verbale della 31ª sessione del Gran Consiglio del Cantone Ticino).

²⁰ Verbale della seduta del Gran Consiglio del 23 ottobre 2018, postulato Zemp Baumgartner Yvonne e cofirmatari relativo alla soppressione della lista nera degli assicurati morosi/Dipartimento della sanità pubblica e della socialità (P 573).

²¹ Cantone di San Gallo, Gran Consiglio, sessione di novembre 2018, mozione «Schwarze Liste abschaffen» (42.18.11). Al momento dell'adozione del presente rapporto da parte della CSSS-S, la mozione «Schwarze Liste abschaffen» del 15 settembre 2020, che il 13 ottobre 2020 il Consiglio di Stato del Cantone di San Gallo avrebbe proposto di accettare, era pendente nel Gran Consiglio sangallese.

²² Presa di posizione del 15 agosto 2018 del Consiglio di Stato del Cantone di Argovia concernente la mozione depositata il 15 maggio 2018 dal gruppo socialista (relatrice Gabriela Suter, Aarau) concernente la soppressione della lista nera degli assicurati in ritardo con il pagamento del premio di cassa malati (18.96; reiezione e ripresa sotto forma di postulato).

²³ Verbale della seduta del Gran Consiglio del 13 dicembre 2018 concernente l'interpellanza del gruppo socialista riguardante il rapporto costi-ricavi della «lista nera» delle persone che non pagano i premi o le prestazioni di cassa malati.

²⁴ Comunicato del Governo grigionese del 21 giugno 2018, si veda anche: www.gr.ch/IT/media/Comunicati/MMStaka/2018/Seiten/2018062101.aspx

L'11 settembre 2019 il Gran Consiglio del Cantone di Soletta ha deciso, d'intesa con il Governo cantonale, di sopprimere l'elenco alla fine del 2019. Il provvedimento attua una decisione presa nel 2018. In quell'occasione il Consiglio di Stato era giunto alla conclusione che l'elenco compromette l'accesso alle cure mediche di base delle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli. Ricontri basati sull'esperienza pratica non permettono di affermare che l'elenco migliori in modo significativo la morale di pagamento. Non è nemmeno possibile dimostrare che avvenga perlomeno una compensazione fra costi e ricavi²⁵.

Il 14 dicembre 2020 il Gran Consiglio del Cantone di Sciaffusa ha deciso di abolire l'elenco degli assicurati morosi per la fine del 2020²⁶. La Commissione della sanità del Gran Consiglio, incaricata dell'esame preliminare, ha sottolineato che l'elenco aveva arrecato pochi vantaggi rispetto all'onere amministrativo supplementare che ne era derivato e che l'obiettivo perseguito dal Cantone di ridurre il numero degli attestati di carenza di beni non era stato raggiunto.²⁷

Nella sua presa di posizione del 24 febbraio 2020 la Commissione etica centrale dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) ha raccomandato di rinunciare a tenere elenchi degli assicurati morosi. Essa ritiene che una sospensione delle prestazioni, soprattutto se tocca i minorenni, non sia compatibile con i principi dell'assistenza e della giustizia. Aggiunge inoltre che una tale sospensione non costituisce solo un pericolo per la salute delle persone interessate, ma anche, nel caso di malattie trasmissibili, per la salute pubblica. Sul piano etico e giuridico le differenze cantionali che si osservano nell'interpretazione della nozione di urgenza medica sono a suo avviso inaccettabili. Propone infine che venga considerata l'adozione di strumenti più adeguati volti a sanzionare le persone che non vogliono pagare e a individuare tempestivamente e sostenere le persone che non possono pagare²⁸.

Durante la «situazione straordinaria» decretata ai sensi della legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (legge sulle epidemie)²⁹ a causa della pandemia da coronavirus, il Consiglio federale ha deciso di allentare le condizioni che regolano la presa a carico dei costi delle prestazioni e, temporaneamente, quelle per le procedure di diffida e d'esecuzione. Inoltre l'UFSP ha invitato i Cantoni che tengono un elenco degli assicurati morosi a rinunciare, durante la situazione straordinaria, all'applicazione di tali elenchi e a fare dunque in modo che alle persone interessate non vengano sospese le prestazioni³⁰.

²⁵ Parere del Consiglio di Stato del 27 febbraio 2018 in merito al mandato sovrapartitico inteso ad abolire la lista nera degli assicurati morosi dei premi di cassa malattia [Nr. 2018/263; KR.Nr. A 0209/2017 (DDI)].

²⁶ Bollettino ufficiale del Cantone di Sciaffusa n. 51/2020, 18 dicembre 2020, pag. 2259–2260.

²⁷ Rapporto e proposta della Commissione della sanità del 30 novembre 2020 concernente la revisione del decreto sull'esecuzione della legge sull'assicurazione malattie, ADS 20-152.

²⁸ Commissione etica centrale dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, «Schwarze Listen» – Leistungssperren medizinischer Versorgung aufgrund nicht bezahlter Prämien und Kostenbeteiligung», 24 febbraio 2020.

²⁹ RS **818.101**

³⁰ Lettera d'informazione «Adaptation pendant ce temps de situation extraordinaire» dell'UFSP del 26 marzo 2020 ai Governi cantionali, agli assicuratori LAMal e agli organi di revisione (disponibile in francese e tedesco).

2.2.2 Sulla nozione di «casi d’urgenza medica»

Per quanto riguarda gli assicurati iscritti in un elenco cantonale, gli assicuratori prendono a carico le cure soltanto in caso di urgenza medica, mentre per altre prestazioni l’assunzione dei costi viene sospesa. Riguardo alla questione di come vada interpretata la nozione di «casi d’urgenza medica» va menzionata la decisione che è stato chiamato a prendere il Tribunale delle assicurazioni del Cantone di San Gallo in merito a un caso di parto. L’assicuratore riteneva che la nozione di urgenza menzionata nell’articolo 64a capoverso 7 LAMal fosse obbligatoriamente da interpretare in modo restrittivo; a suo avviso, in caso di trattamenti pianificabili o prevedibili con ampio anticipo (come nel caso di un parto) il carattere d’urgenza non può chiaramente esser dato. Il tribunale è invece pervenuto alla conclusione che la nozione di urgenza medica non deve essere interpretata in modo tanto restrittivo; è anzi opportuno che vengano considerati cure urgenti ai sensi dell’articolo 64a capoverso 7 LAMal i casi in cui chi esercita una professione medica è tenuto all’obbligo di prestare assistenza. Tale obbligo impone infatti al personale medico di prestare assistenza in casi «urgenti». Per il tribunale, un caso può essere considerato urgente anche quando una persona, pur non trovandosi in pericolo di vita, necessita di aiuto immediato senza il quale la sua salute potrebbe essere seriamente compromessa. Nel caso specifico, la degenza stazionaria per il parto si è resa, al momento del ricovero in ospedale, necessaria e inderogabile. Il tribunale ha inoltre fatto notare che il principio della parità di trattamento, garantito dalla Costituzione federale, verrebbe violato se ogni Cantone – o addirittura ogni fornitore di prestazioni – interpretasse in modo diverso la nozione di «casi d’urgenza medica».

In merito a un caso di decesso avvenuto nel Cantone dei Grigioni (cfr. anche n. 1.1), il 13 agosto 2018 la Commissione federale per la salute sessuale (CFSS) ha emesso una presa di posizione in cui dichiara che la terapia con farmaci antiretrovirali e le misure mediche di accompagnamento delle persone affette da HIV rientrano nei casi d’urgenza medica contemplati dall’articolo 64a capoverso 7 LAMal. Per questo genere di prestazioni gli assicuratori non potrebbero dunque sospendere la presa a carico delle cure³¹.

2.3 Numero delle esecuzioni

Il numero delle procedure di esecuzione promosse dagli assicuratori malattia supera di gran lunga quello degli attestati di carenza di beni che ne derivano. Nel 2019 gli assicuratori hanno escusso circa 412 000 assicurati: l’ammontare del credito corrispondeva mediamente a poco più di 2100 franchi per ogni esecuzione³². La statistica rileva che fra l’avvio di una procedura di esecuzione e il rilascio di un attestato di

³¹ Commissione federale per la salute sessuale (CFSS), «La thérapie VIH: une prestation de médecine d’urgence au sens de l’art. 64a, al. 7, de la loi fédérale sur l’assurance-maladie», 13 agosto 2018 (in francese e tedesco).

³² Statistica dell’assicurazione malattie obbligatoria, UFSP, 2019, tabella 7.11 (in francese e tedesco).

carenza di beni trascorrono in media circa due anni. Due terzi circa dei premi in arretrato vengono regolati durante questo periodo; nei casi rimanenti i Cantoni assumono l'85 per cento dei crediti che hanno dato luogo al rilascio di un attestato di carenza di beni. I dati sono ad ogni modo incompleti, dato che non tutti gli assicuratori hanno fornito indicazioni esaustive.

Da diversi anni gli uffici di esecuzione della Città di Zurigo seguono da vicino la questione dei debiti derivati dal mancato pagamento dei premi, dato che a Zurigo circa un quarto delle procedure di esecuzione riguarda i crediti delle assicurazioni malattie. Essi stimano fra 700 000 e 1 milione il numero delle procedure esecutive avviate ogni anno in tutta la Svizzera dagli assicuratori malattia. Fanno tuttavia notare che spesso gli assicuratori avviano una procedura esecutiva per un ritardo di una, due o tre mensilità soltanto, ciò che fa aumentare inutilmente i costi. Oltre a sollecitare il pagamento dei premi in arretrato, gli assicuratori fatturano infatti anche le spese amministrative cagionate dalla controversia. Bisogna inoltre tener conto delle spese procedurali, che si aggirano tra i 150 e 200 franchi per ogni procedura esecutiva, che gli uffici di esecuzione sono tenuti a mettere in conto agli assicuratori malattia. Per queste ragioni, in occasione di una conferenza stampa tenutasi nel maggio del 2019³³ gli uffici di esecuzione della Città di Zurigo hanno proposto che la facoltà di avviare una procedura esecutiva contro gli assicurati morosi sia concessa agli assicuratori malattie soltanto una volta, al massimo due volte l'anno. Tali uffici di esecuzione hanno altresì adeguato la procedura di pignoramento dei salari come parte di un progetto pilota. In collaborazione con i debitori perseguiti saldano i premi in arretrato dell'assicurazione malattia con la parte di salario che supera il minimo di sussistenza, la quale viene trasferita dal datore di lavoro all'ufficio d'esecuzione. Questa misura ha lo scopo di evitare che le persone interessate si indebitino ulteriormente. Un'analisi effettuata nel 2019 mostra che questo aggiustamento della procedura ha portato a una drastica riduzione dell'importo dei crediti da recuperare e del numero delle procedure di esecuzione e delle persone perseguite.³⁴

2.4 Convenzioni di cessione fra Cantoni e assicuratori

La soluzione, prospettata dal Cantone di Turgovia nella sua iniziativa, di permettere agli assicuratori di cedere al Cantone la gestione degli attestati di carenza di beni è già stata sperimentata nella pratica. È il caso di santésuisse, che ha concluso con i Cantoni di Neuchâtel e di Basilea Campagna una convenzione in base alla quale gli assicuratori che vi aderiscono cedono al Cantone i loro attestati di carenza di beni per il 92 per cento del credito che vi è iscritto.

All'inizio del 2016 santésuisse ha spiegato nella propria rivista che questa cessione presenta diversi vantaggi: avendo accesso ai dati fiscali di una persona, il Cantone può procedere più efficacemente al recupero dei crediti. Presso l'assicuratore i pagamenti

³³ Conferenza degli uffici di esecuzione della Città di Zurigo, orientamento ai media sull'anno d'esercizio 2018, maggio 2019, capitolo «Neue Wege zur Senkung der Zahl der Krankenkassen-Betreibungen».

³⁴ Conferenza degli uffici di esecuzione della Città di Zurigo, comunicato stampa dell'8 settembre 2020 «Weniger Krankenkassen-Betriebungen dank Schuldenprävention».

in arretrato dell'assicurato vengono estinti, permettendo a quest'ultimo di cambiare di nuovo assicuratore³⁵.

Il Cantone di Basilea Campagna ha denunciato la convenzione con *santésuisse* con effetto al 31 dicembre 2017. Dal 2018 non ha dunque più la possibilità di assumere alcun attestato di carenza di beni dagli assicuratori malattia per gestirli da sé. In merito non ha pubblicato alcuna cifra, ma ha fatto sapere che la procedura di ricupero svolta dallo stesso Cantone non ha generato ricavi sufficienti.

Alla convenzione con il Cantone di Neuchâtel, tuttora in vigore, hanno aderito 27 assicuratori ai quali è affiliato un terzo degli assicurati del Cantone. Riguardo ai rimborsi non è stata finora pubblicata o resa nota alcuna cifra. I responsabili ritengono che sia prematuro stilare un bilancio. Reputano nondimeno che il vantaggio immediato derivante dalla cessione di questi crediti risieda nella possibilità concessa agli assicurati di cambiare di nuovo assicuratore. Il Cantone ha inoltre concluso una convenzione analoga con un assicuratore che non è membro di *santésuisse*, anche se essa prevede condizioni diverse: la quota di cessione è graduata in base al tempo intercorso dal rilascio dell'attestato di carenza di beni.

2.5 Interventi parlamentari

Il progetto adempie il mandato che il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati hanno conferito al Consiglio federale attraverso due mozioni di identico tenore: «Premi delle casse malati. I genitori rimangono debitori dei premi dei figli non pagati» (17.3323) e «LAMal. I genitori tenuti al mantenimento sono debitori dei premi dei figli non pagati (18.4176)», depositate dalla consigliera nazionale Bea Heim, rispettivamente dal consigliere nazionale Heinz Brand³⁶. Le due mozioni possono pertanto essere tolte dal ruolo.³⁷

2.6 Procedura di consultazione

Con lettera del 15 giugno 2020 la CSSS-S ha sottoposto il suo progetto preliminare, unitamente al rapporto esplicativo, alla consultazione dei Cantoni, dei partiti politici, delle associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle Città e delle regioni di montagna nonché dell'economia, delle associazioni dei consumatori, dei fornitori di ser-

³⁵ Infosantésuisse 1/2016, pag. 12

³⁶ Cfr. anche n. 1.2

³⁷ In occasione della sua seduta del 27 gennaio 2021 la Commissione ha inoltre deciso di proporre alla propria Camera di accogliere la mozione «Mo. Consiglio nazionale (Barrile). Prestazioni mediche per tutti i bambini! (19.4290)» e di toglierla in seguito dal ruolo nel quadro del progetto oggetto del presente rapporto. Il progetto prevede che i minori non debbano più essere essi stessi debitori dei premi e delle partecipazioni ai costi.

vizi, degli assicuratori e di altre cerchie interessate. Ha invitato 138 destinatari a esprimere un parere entro il 6 ottobre 2020 e ha ricevuto un totale di 70 pareri, che sono brevemente riassunti di seguito.³⁸

- *Minorenni*: tutti i partecipanti alla consultazione accolgono con favore che i giovani adulti non possano più essere perseguiti per inadempienze nei pagamenti che risalgono alla loro infanzia. Propongono tuttavia diverse modifiche.
- *Esecuzioni*: fatte alcune eccezioni (in particolare santésuisse e l’Unione svizzera delle arti e mestieri), tutti i partecipanti accolgono favorevolmente una limitazione del numero di esecuzioni. Cinque Cantoni, il PLR e l’UDC sostengono la proposta di poter perseguire un assicurato moroso non più di quattro volte all’anno. La CDS, 18 Cantoni, i Verdi e il PS, da parte loro, vorrebbero andare oltre e autorizzare al massimo uno o due esecuzioni all’anno per assicurato.
- *Sospensione delle prestazioni per gli assicurati morosi*: una chiara maggioranza dei partecipanti alla consultazione (in particolare la CDS, 19 Cantoni³⁹, il PS e i Verdi, le associazioni degli assicuratori Curafutura e santésuisse nonché l’Unione sindacale svizzera e l’Unione svizzera delle arti e mestieri) sostiene la proposta della maggioranza della Commissione di abolire la possibilità per i Cantoni di tenere un elenco degli assicurati morosi, per i quali le assicurazioni coprono solo le cure nei casi d’urgenza medica. I partecipanti interpellati ritengono che questo sistema abbia condotto a una disparità di trattamento fra gli assicurati e che questo pesi maggiormente rispetto ad eventuali esperienze positive con tali elenchi fatte da alcuni Cantoni. D’altro canto, in particolare, sette Cantoni così come il PPD, il PLR e l’UDC si sono espressi a favore del mantenimento della possibilità di tenere un elenco, principalmente per ragioni di federalismo. Se questa possibilità dovesse essere mantenuta, la maggioranza dei partecipanti favorevoli al mantenimento degli elenchi degli assicurati morosi è contraria a definire nella legge i casi di urgenza medica: una tale definizione non porterebbe più certezza del diritto rispetto a oggi.
- *Affiliazione a un’assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni*: la maggioranza dei partecipanti (in particolare la CDS e 16 Cantoni, il PLR e l’UDC) accoglie con favore la proposta secondo cui in futuro gli assicurati morosi dovranno essere assicurati secondo un modello assicurativo con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. La CDS apprezza che il Consiglio federale possa prevedere eccezioni, poiché un modello assicurativo con scelta limitata potrebbe risultare inadeguato soprattutto per i malati cronici o le persone di-

³⁸ Rapporto sui risultati della procedura di consultazione «16.312 Iniziativa cantonale. Modifica della legge federale sull’assicurazione malattie concernente l’esecuzione dell’obbligo di pagare i premi da parte degli assicurati», Ufficio federale della sanità pubblica, dicembre 2020, pubblicato su: www.parlament.ch/centers/documents/it/vernehmlassungsergebnisse-16-312-i.pdf.

³⁹ Dei sette Cantoni che al momento della consultazione tenevano un elenco degli assicurati morosi, tre (SG, SH, TI) si sono detti favorevoli all’abolizione di tale elenco mentre quattro (AG, LU, TG, ZG) contrari.

sabili. Le associazioni degli assicuratori Curafutura e santésuisse in particolare hanno espresso la loro opposizione, dato che questa novità porterebbe a un aumento ingiustificato dei costi per gli stessi assicuratori. Il PS, i Verdi, l'associazione mantello dei medici (FMH) e altri partecipanti alla consultazione hanno respinto questa novità poiché temono svantaggi per gli assicurati interessati.

- *Attestati di carenza di beni*: sia la maggioranza dei Cantoni (CDS e 20 Cantoni) sia le associazioni degli assicuratori propongono di modificare il disciplinamento sulla presa a carico degli attestati di carenza di beni da parte dei Cantoni. I Cantoni vorrebbero poter decidere caso per caso (cioè per ogni esecuzione) quali crediti prendere a carico e in nessun caso pagare agli assicuratori più dell'85 per cento del credito arretrato. Se si dovesse decidere che i Cantoni devono assumere più dell'85 per cento del credito affinché l'assicuratore ceda loro l'attestato di carenza di beni, i Cantoni prevedono, secondo il parere espresso dalla CDS nella consultazione, una remunerazione dell'88 per cento. Gli assicuratori, d'altro canto, auspicano una regolamentazione a livello nazionale in cui i Cantoni prendono a carico tutti i crediti rimborsando il 92 per cento agli assicuratori. Curafutura chiede inoltre che le spese di sollecito siano incluse nel rimborso.

3 Grandi linee del progetto

Lo scopo del progetto di atto legislativo elaborato dalla Commissione è di migliorare l'insieme della procedura in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi. Nell'intento di trovare una soluzione che tenga conto equamente delle esigenze dei Cantoni, degli assicurati, degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni, la Commissione propone, in sintesi, le modifiche seguenti:

- *i minorenni non sono più essi stessi debitori dei premi e delle partecipazioni ai costi*: i premi e le partecipazioni ai costi sono esclusivamente coperti dai genitori fino alla fine del mese in cui il figlio diventa maggiorenne. I premi sono coperti dai genitori in modo solidale, salvo quando un genitore attesta di aver pagato i suoi contributi di mantenimento e che questi comprendono i premi (art. 61a P-LAMal). In tal modo, l'assicuratore non può perseguire un minorenne a causa del mancato pagamento dei premi (art. 64 cpv. 1^{bis} P-LAMal). Di conseguenza gli assicurati che hanno compiuto i 18 anni possono cambiare assicuratore anche se vi sono premi non ancora pagati risalenti al periodo della loro minore età (64 cpv. 7^{ter} P-LAMal).
- *Esecuzioni*: gli assicuratori non devono poter avviare una procedura esecutiva nei confronti dello stesso assicurato per più di due volte all'anno (art. 64a cpv. 2 P-LAMal). Possono, ad esempio, limitarne il numero a una per semestre: ciò permetterà di contenere gli oneri amministrativi. Secondo le informazioni fornite, nei confronti di uno stesso assicurato gli assicuratori avviano generalmente quattro procedure di esecuzione all'anno.
- *Mantenere gli elenchi degli assicurati morosi, ma definire i casi d'urgenza medica*: i Cantoni devono poter continuare a tenere un elenco degli assicurati

che non pagano i premi (art. 64a cpv. 7 LAMal). Questa soluzione permette di tener conto delle specificità cantonali. Gli elenchi sono destinati a esercitare maggiore pressione sugli assicurati che possono ma non vogliono pagare i loro premi. Gli assicuratori sospendono l'assunzione delle prestazioni fornite agli assicurati morosi, salvo nei casi d'urgenza medica. La nozione di trattamento in caso d'urgenza medica ha dato adito a problemi di interpretazione e deve quindi essere definita. Secondo la definizione proposta, vi è urgenza medica quando l'assicurato, in assenza di un trattamento immediato, deve temere danni alla salute o la morte, oppure può mettere in pericolo la salute di altre persone.

- *Le persone che non pagano malgrado le esecuzioni saranno assicurate secondo una forma particolare di assicurazione:* non appena l'assicuratore avrà comunicato al Cantone il rilascio di un attestato di carenza di beni nei confronti di un assicurato, dovrà assegnare a quest'ultimo una forma particolare di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni (art. 41 cpv. 4 LAMal). Con questo genere di assicurazione i premi possono ridursi fino al 20 per cento rispetto a un'assicurazione che prevede la libera scelta del medico e dell'ospedale. Fra questi modelli assicurativi, i più conosciuti sono quelli del medico di famiglia e dell'HMO⁴⁰. Dato che le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque garantite, questa misura permetterà di ridurre i costi per gli assicurati morosi, senza che venga compromessa la loro possibilità di accedere alle cure mediche di base (art. 64a cpv. 7^{bis} P-LAMal).
- *Attestati di carenza di beni:* i Cantoni che desiderano gestire da sé gli attestati di carenza di beni devono ottenerne la facoltà in virtù della legge. In tal caso non saranno più tenuti a condurre apposite trattative con i singoli assicuratori o con le associazioni degli assicuratori. Se il Cantone assume il 90 per cento dei crediti oggetto della comunicazione, l'assicuratore glieli cede. Se il Cantone ha già pagato all'assicuratore l'85 per cento su presentazione di un attestato di carenza di beni secondo il diritto vigente, può farsi cedere quest'ultimo assumendo un ulteriore 3 per cento dei crediti (art. 64a cpv. 4 e 5 e disposizioni transitorie P-LAMal). Se il Cantone assume al 90 per cento o all'88 per cento i crediti che fanno oggetto dell'attestato di carenza di beni, l'assicurato è di nuovo libero di cambiare assicuratore e forma di assicurazione.

3.1 Proposta di minoranza

Una minoranza (Dittli, Carobbio Guscetti, Graf Maya, Rechsteiner Paul, Stöckli) non intende più permettere ai Cantoni di tenere elenchi degli assicurati morosi. Propone dunque di abrogare l'articolo 64a capoverso 7 LAMal. A suo parere non è possibile dimostrare che questi elenchi incoraggino gli assicurati che possono ma non vogliono

⁴⁰ HMO = Health Maintenance Organization: rete sanitaria composta da medici riuniti in uno studio medico di gruppo.

pagare i premi a cambiare il loro comportamento. Per contro il rischio di compromettere le cure di base prestate ai gruppi di popolazione economicamente e socialmente più deboli, compresi i bambini, è ben reale.

4 Commento ai singoli articoli

Osservazione preliminare

Nella LAMal sono considerati minorenni gli assicurati che il 31 dicembre dell'anno in questione non hanno ancora compiuto i 19 anni (art. 16 cpv. 5 LAMal). Questa nozione ha senso nella misura in cui permette agli assicurati di cambiare assicuratore e forma particolare d'assicurazione, in generale, per la fine dell'anno civile. Il nuovo disciplinamento, che riguarda esclusivamente i minorenni, non può tuttavia fare riferimento a questa nozione dato che essa include anche assicurati che hanno già raggiunto la maggiore età.

Art. 5 cpv. 2

Secondo il diritto vigente, in caso di affiliazione tardiva l'assicurato deve versare un supplemento di premio se il ritardo non è giustificabile (art. 5 cpv. 2 LAMal). Nel caso dei minorenni è necessario che la responsabilità di pagare questo supplemento incomba ai genitori o al genitore responsabile del ritardo. La formulazione di questa disposizione differisce da quella degli articoli 61a e 64, in quanto riguarda la responsabilità dell'affiliazione tardiva e non l'obbligo di mantenimento.

Se invece una persona diversa dai genitori (ad esempio un tutore ai sensi dell'articolo 327a del Codice civile svizzero, CC⁴¹) ha la responsabilità dell'affiliazione di un minore e omette negligenzemente di farlo, il progetto non prevede alcuna responsabilità per il pagamento del supplemento di premio.

Art. 61a

Secondo il diritto vigente ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera (art. 3 cpv. 1 LAMal). Per i minori il contratto di affiliazione è quindi concluso dal rappresentante legale *per conto del minore*. La parte contraente è quindi il minore. A differenza del progetto preliminare (cfr. art. 3 cpv. 1 e 1^{bis} PP-LAMal) il presente progetto non prevede una deroga a questo principio.

Lo statuto di parte contraente dell'assicurato minorenne implica che, secondo il diritto in vigore, quest'ultimo diventi automaticamente il debitore dei premi e delle partecipazioni ai costi. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, i genitori sposati tra loro rispondono solidalmente dei premi come debitori supplementari in base al loro obbligo legale di mantenimento.⁴²

⁴¹ RS 210

⁴² Decisione del TF 9C_660/2007 del 25 aprile 2008, consid. 3.2, confermata dalla decisione 9C_835/2018 del 24 gennaio 2019, consid. 4.

Scostandosi da questa situazione giuridica, il presente progetto prevede espressamente che i genitori del bambino siano *esclusivamente* responsabili dei suoi premi fino alla fine del mese in cui raggiunge la maggiore età, e sempre in modo solidale. In altre parole l'assicuratore deve far valere l'integralità del suo credito presso i genitori. Se uno dei genitori paga i premi, può, a seconda delle circostanze e del disciplinamento interno adottato, rivalersi in tutto o in parte sull'altro genitore per i premi pagati.

In linea di principio la responsabilità solidale dei genitori sussiste indipendentemente dal fatto che vivano in comunione domestica o che siano coniugati. Tuttavia se può attestare di essere obbligato, in base a un contratto di mantenimento o a una decisione giudiziaria, a pagare contributi di mantenimento inclusivi dei premi di cassa malati e di pagarli effettivamente, un genitore non può più essere perseguito dall'assicuratore. La prova in questione deve essere fornita all'assicuratore presentando la pertinente documentazione.

Il progetto esclude invece espressamente che il figlio minorenni sia responsabile dei premi (art. 61a cpv. 1, secondo periodo P-LAMal). Questa disposizione vale senza eccezioni e concerne tutti i premi dovuti fino al raggiungimento della maggiore età. Dato che i premi vengono di regola riscossi mensilmente (art. 90 OAMal), la data di riferimento è la fine del mese in cui il figlio raggiunge la maggiore età. Al figlio non potranno essere adossati i premi arretrati accumulati durante questo periodo, neanche una volta raggiunta la maggiore età.

Invece, per i crediti di premio che sorgono dopo il raggiungimento della maggiore età (ai sensi dell'art. 14 CC), il figlio in quanto parte contraente ne assume la responsabilità come avviene nel diritto vigente. È responsabile egli stesso della propria assicurazione ed è tenuto, dalla sua maggiore età, a pagare i premi e le partecipazioni ai costi. Tuttavia se il figlio è ancora in formazione e per questa ragione i genitori devono continuare a provvedere al suo mantenimento (art. 277 cpv. 2 CC), essi sono tenuti nei suoi confronti a sostenere anche le spese per i premi e le partecipazioni ai costi, a seconda delle circostanze. In questo caso il figlio, che è responsabile nei rapporti con terzi, deve far valere egli stesso i propri diritti nei confronti dei genitori.

Le persone maggiorenni incapaci di intendere e di volere a causa di un'infermità mentale o di una turba psichica dovranno, come nel diritto vigente, essere affiliate dal loro rappresentante legale. Anche in questo caso, come nel diritto vigente, l'assicurato continua ad essere personalmente responsabile dei crediti risultanti dal mancato pagamento dei premi.

Art. 64 cpv. 1bis

Per i minorenni non viene riaccolta in principio alcuna franchigia. L'importo massimo dell'aliquota percentuale è la metà di quello per gli adulti: ammonta infatti a 350 franchi, contro i 700 per gli assicurati adulti (art. 64 cpv. 4 LAMal e art. 103 cpv. 2 OAMal). Anche i minorenni possono però optare per una franchigia più elevata. Essa ammonta al massimo a 600 franchi all'anno (art. 93 cpv. 1 OAMal). I minorenni sono esentati dal pagamento del contributo ai costi di degenza ospedaliera (art. 104 cpv. 2 lett. a OAMal).

Secondo il diritto in vigore la responsabilità per la partecipazione ai costi è la stessa di quella per i premi. Il presente progetto non modifica questo principio: i genitori

rispondono in modo solidale della partecipazione ai costi come rispondono solidalmente dei premi (art. 61a P-LAMal). Se solo uno dei genitori è debitore dei premi, lo stesso vale per le partecipazioni ai costi. Affinché si possa determinare in modo univoco un debitore per i premi e le partecipazioni ai costi, la data di riferimento è anche in questo caso la fine del mese in cui il figlio diventa maggiorenne. Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura (art. 103 cpv. 3 OAMal).

Art. 64a

cpv. 1bis

Le modifiche, apportate con la revisione, degli articoli 5 capoverso 2, 61a e 64 capoverso 1^{bis} devono essere attuate conseguentemente anche nell'esecuzione, disciplinata in questa disposizione, dei crediti in arretrato risultanti dal mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi: le conseguenze del mancato pagamento dovranno infatti interessare i genitori in qualità di debitori e non il figlio.

cpv. 2

La LAMal prevede che se l'assicurato non paga i premi o le partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, deve diffidarlo assegnandogli un termine supplementare di 30 giorni e indicandogli le conseguenze della mora. Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione (art. 64a cpv. 1 e 2 LAMal).

Ogni esecuzione implica un onere aggiuntivo presso l'ufficio d'esecuzione; i costi che ne derivano devono in linea di principio essere sostenuti dal debitore perseguito. Il creditore deve comunque anticipare i costi, con la conseguenza che se sono irre recuperabili, dovrà sopportarli egli stesso. Tuttavia, secondo l'articolo 64a capoverso 3 LAMal, il Cantone deve assumere l'85 dei costi dell'esecuzione se è stato rilasciato un attestato di carenza di beni. È quindi nell'interesse sia dei debitori sia dei Cantoni limitare in una certa misura il numero delle esecuzioni per evitare costi inutili ed eccessivi.

Per questo motivo il progetto preliminare prevedeva ancora che una persona non potesse essere perseguita più di quattro volte per anno civile (art. 64a cpv. 2 PP-LAMal). Tuttavia, alla luce dei vari riscontri ottenuti su questo punto durante la consultazione, la Commissione ha riconsiderato la questione ed è giunta alla conclusione che è giustificato ridurre ulteriormente il numero massimo di esecuzioni nei confronti di un debitore allo scopo di ridurre ulteriormente i costi totali. La Commissione ritiene che questa richiesta, espressa da molti Cantoni e da altri partecipanti alla consultazione⁴³, prevalga sulle riserve di alcuni contrari a tale riduzione: né il ritardo con cui l'assicuratore potrebbe recuperare i suoi crediti in arretrato, né il fatto che l'ammontare dei suoi crediti sommati rischierebbe di essere tale che gli assicurati che versano in condizioni economiche difficili non riuscirebbero a pagarli tutti in una volta, sono sembrati alla Commissione un argomento convincente.

⁴³ Rapporto sui risultati della procedura di consultazione, n. 4.3.2.

Durante la consultazione è stato parimenti obiettato che l'applicazione pratica di questa limitazione potrebbe creare difficoltà. È tuttavia probabile che, in ragione del nuovo disciplinamento, gli assicuratori eviteranno in linea di massima di perseguire un assicurato più di due volte all'anno. Le difficoltà potrebbero sorgere, al massimo, se un assicurato cambia assicuratore. In questo caso il nuovo assicuratore ignora se sono già state promosse esecuzioni durante l'anno civile in corso. Quindi, se il nuovo assicuratore avvia un'esecuzione, l'assicurato deve informare il nuovo assicuratore che è già stato perseguito dal precedente assicuratore. Se l'esecuzione è comunque iniziata, l'ufficio d'esecuzione non è tenuto a controllare quante volte l'assicurato è stato perseguito dal suo assicuratore. In un simile caso l'assicurato deve fare opposizione contro l'esecuzione e fare valere di essere già stato perseguito due volte nel corso dello stesso anno civile. Se l'assicuratore toglie comunque l'opposizione, l'assicurato deve interporre ricorso.

Secondo quanto recita la legge, un assicurato può essere perseguito due volte per anno civile per i propri arretrati e due volte per gli arretrati per i premi del figlio. Dato che l'assicurato adulto e ciascuno dei suoi figli possono essere assicurati ognuno presso un assicuratore diverso (p. es. nel caso di fratellastri), la limitazione deve riguardare ogni figlio. Così esemplificativamente un assicurato con tre figli potrebbe essere perseguito al massimo otto volte per anno.

Già secondo il diritto vigente il Cantone può esigere che l'assicuratore gli comunichi il nome dei debitori escussi. Ciò gli permette di assumere i crediti non pagati di determinati assicurati (p. es. beneficiari di prestazioni complementari o dell'aiuto sociale). La forma secondo cui questa comunicazione deve essere data varia da Cantone a Cantone: circa la metà dei Cantoni esige che l'assicuratore li informi nel momento in cui viene presentata la domanda d'esecuzione. Alcuni esigono che l'assicuratore indichi loro quando può presentare una domanda di proseguimento, altri vogliono essere informati sul momento in cui l'ha presentata.

Sia nel diritto attuale sia nel nuovo disciplinamento previsto l'assicuratore può perseguire i genitori anche per i premi in arretrato dei figli minorenni. È pertanto necessario precisare nella legge che l'assicuratore è tenuto a comunicare non solo il nome dei debitori escussi, ma anche quello delle altre persone che sono oggetto dell'esecuzione.

cpv. 3^{bis}

Con le nuove disposizioni del presente progetto, il principio secondo cui il Cantone assume l'85 per cento dei crediti che hanno dato luogo al rilascio di un attestato di carenza di beni o di un titolo equivalente non può più essere applicato in tutti i casi. Se sono responsabili esclusivamente i genitori e non è possibile promuovere un'esecuzione nei loro confronti (p. es. perché sono deceduti o se ne sono andati senza lasciare un recapito), è comunque esclusa la possibilità di perseguire direttamente il figlio, visto che la chiara normativa degli articoli 61a capoverso 1 e 64 capoverso 1^{bis} della P-LAMal non lascia dubbi al riguardo. In questi casi l'assicuratore non potrà produrre alcun attestato di carenza di beni. Tuttavia in questi casi deve essere mantenuta la possibilità di esigere l'assunzione degli arretrati da parte del Cantone.

cpv. 4

Attualmente i Cantoni devono assumere l'85 per cento dei crediti riconosciuti nell'attestato di carenza di beni. L'assicuratore conserva però l'attestato. In altre parole, l'assunzione del credito da parte del Cantone non esenta l'assicurato dall'obbligo di pagare l'assicuratore. Nei confronti di quest'ultimo, l'assicurato continua infatti a essere debitore del credito nella sua integralità. Non appena l'assicurato ha saldato in tutto o in parte il suo debito, l'assicuratore restituisce al Cantone il 50 per cento dell'importo ricevuto.

Il progetto prevede che gli attuali capoversi 4 e 5 vengano riuniti in un unico capoverso, il cui contenuto rimane pressoché invariato. Attualmente è previsto che l'assicurato saldi il proprio debito. Dato però che in futuro il debito potrà essere saldato anche da suoi familiari o da altre persone, nel nuovo capoverso non si precisa chi sia tenuto a farlo. Il capoverso disciplina dunque unicamente l'assunzione dell'85 per cento dei crediti.

cpv. 5

Il capoverso disciplina l'assunzione del 90 per cento dei crediti.

L'iniziativa depositata dal Cantone di Turgovia chiede che i Cantoni possano farsi trasferire i crediti dietro assunzione del 90 per cento del loro montante. In questo Cantone i Comuni sono tenuti a pagare i crediti riconosciuti negli attestati di carenza di beni. Assumendosi la gestione degli attestati, i Comuni hanno la possibilità di assistere meglio gli assicurati. In particolare, possono concludere con questi degli accordi di pagamento e prendere a carico i crediti in arretrato. Questa procedura viene denominata «gestione dei casi» (*case management*). Dato che i Cantoni dispongono dei dati fiscali degli assicurati, essi possono valutare meglio degli assicuratori per quali assicurati, e in quale momento dopo il rilascio di un attestato di carenza di beni, valga la pena avviare una nuova procedura di esecuzione.

Altri Cantoni partono invece dal principio che gli oneri supplementari risulterebbero superiori alla somma che potrebbe essere recuperata. Essi manterranno la possibilità di assumere l'85 per cento dei crediti e di lasciare che gli assicuratori conservino gli attestati di carenza di beni.

I Cantoni disposti ad assumere il 90 per cento dei crediti che l'assicuratore ha comunicato loro non saranno tenuti a negoziare la percentuale con gli assicuratori. Viene pertanto ripreso l'obiettivo perseguito dall'iniziativa cantonale, anche se rispetto a questa il tenore della disposizione risulta semplificato: il trasferimento di un credito effettuato tramite il cambiamento del creditore viene designato con il termine giuridico «cessione» del credito.

Il Cantone informa l'assicurato della sua decisione di assumere il credito. Non appena è informato, l'assicurato può saldare il proprio debito unicamente al Cantone. Se il Cantone assume il 90 per cento del credito, l'assicurato ha di nuovo la possibilità di cambiare assicuratore e forma d'assicurazione in deroga ai capoversi 6 e 7^{bis}. Infatti, in seguito all'assunzione del credito da parte del Cantone, l'assicuratore non ha più alcun credito in sospeso nei confronti dell'assicurato. Quest'ultimo è debitore verso il Cantone dell'intero credito.

Il fatto che il Cantone sia tenuto in ogni modo a remunerare l'85 per cento dei crediti riconosciuti nell'attestato di carenza di beni può costituire per il Cantone un incentivo a pagare un ulteriore 5 per cento, in modo da recuperare l'integralità del credito e far sì che l'assicurato possa scegliere un assicuratore che propone premi più convenienti. Il Cantone deve però assumere tutti i crediti che l'assicuratore gli ha comunicato.

cpv. 6

Questo capoverso prevede che l'assicurato in mora non possa in principio cambiare assicuratore finché non sono stati pagati integralmente i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese di esecuzione in arretrato (cpv. 6). Se i premi dovuti da un assicurato sono superiori alla media, il divieto impostogli di cambiare risulta oneroso per lo stesso assicurato e, in caso di rilascio di un attestato di carenza di beni, per il Cantone.

La soppressione di questo divieto permetterebbe agli assicurati morosi di cambiare assicuratore – come avviene per gli altri assicurati – per la fine di un semestre o di un anno civile (art. 7 cpv. 1 e 2 LAMal). Tuttavia, se più assicuratori devono gestire il ricupero dei crediti scoperti di un assicurato, i costi che ne derivano sono più elevati che se a occuparsene fosse un solo assicuratore. Va inoltre osservato che tale divieto costituisce, per gli assicurati che intendono cambiare assicuratore, un incentivo a saldare per tempo i loro debiti. Per questa ragione, il divieto di cambiamento viene mantenuto. Esso si applicherà tuttavia soltanto fino al momento in cui i debiti saranno saldati. Questi non dovranno più per forza essere pagati dall'assicurato.

Per le stesse ragioni i figli non devono poter cambiare assicuratore se vi sono arretrati in sospeso che li concernono. È possibile che genitori e figli siano affiliati presso assicuratori diversi. Se i genitori non potessero cambiare assicuratore nel caso vi fossero arretrati in relazione ai premi o alle partecipazioni ai costi dei loro figli, l'assicuratore dovrebbe chiarire, per molti assicurati morosi, se hanno figli con arretrati in sospeso. Gli assicurati che hanno arretrati soltanto a carico dei loro figli non sono infatti considerati morosi, anche se sono assicurati presso lo stesso assicuratore del figlio: questo perché non devono essere svantaggiati rispetto ai genitori che assicurano i loro figli presso un assicuratore diverso dal loro.

cpv. 7

Attualmente il capoverso permette ai Cantoni di tenere un elenco degli assicurati che, malgrado le procedure d'esecuzione, non adempiono l'obbligo di pagare i loro premi. L'assicuratore sospende la presa a carico delle prestazioni fornite a questi assicurati, ad eccezione dei casi d'urgenza medica.

Attualmente, i Cantoni intendono in vari modi la nozione di urgenza medica:

Per il Cantone di Lucerna vi è urgenza medica ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal quando, in assenza di un trattamento immediato, vi sono da temere gravi danni alla salute o la morte della persona assicurata (§ 7 dell'ordinanza del 22 maggio 2012 concernente la legge d'applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie).

Nel Cantone di Sciaffusa era il fornitore di prestazioni a decidere su quanto attiene all'urgenza medica ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal (ex § 24b dell'ordinanza del 9 luglio 1996 sull'esecuzione della legge federale sull'assicurazione malattie). Il Cantone di Sciaffusa ha abolito il suo elenco al 31 dicembre 2020.

Per quanto riguarda il Cantone di San Gallo, il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha stabilito, con decisione del 26 aprile 2018, che l'urgenza medica ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal è data nei casi in cui al personale medico incombe l'obbligo di prestare assistenza. Nel caso specifico, la degenza stazionaria per il parto si è resa, al momento del ricovero in ospedale, necessaria e inderogabile. La prestazione rientrava dunque in un caso di urgenza medica (KSCHG 2017/5).

Il 6 luglio 2018 la CSSS-N ha depositato, come detto, la mozione «Liste nere. Definizione di urgenza» (18.3708). Essa chiede che i Cantoni che tengono un elenco degli assicurati morosi siano tenuti a definire la nozione di urgenza medica. Il 19 settembre 2018 il Consiglio nazionale ha accolto la mozione, aderendo alle proposte della Commissione e del Consiglio federale. Per gli assicuratori e i fornitori di prestazioni attivi in numerosi Cantoni che tengono un elenco è più semplice che la nozione di urgenza medica venga definita in modo univoco in tutta la Svizzera. Per tale ragione, il 17 gennaio 2019 la CSSS-S si è espressa affinché la nozione venga definita nel diritto federale⁴⁴. La definizione deve essere iscritta nella legge. Essa si rifà alla definizione adottata dal Cantone di Lucerna. Tuttavia, a differenza di questa non si pone come condizione che i danni alla salute paventati debbano essere gravi. Inoltre, vi è urgenza medica anche quando l'assicurato, in assenza di un trattamento medico immediato, rischia di mettere in pericolo la salute di altre persone: ad esempio, quando vi è da temere che un assicurato possa essere portatore di una malattia trasmissibile.

I minorenni, inoltre, non potranno più essere inclusi nell'elenco, in quanto secondo il progetto di legge non saranno più tenuti a pagare i premi.

cpv. 7: proposta della minoranza

Una minoranza della Commissione propone di abolire la possibilità per i Cantoni di tenere elenchi di assicurati morosi. Agli occhi della CSSS-S la sospensione delle prestazioni legata a tali elenchi può mettere in pericolo le cure mediche di base per i gruppi di popolazione economicamente e socialmente deboli. Può inoltre portare a una disparità di trattamento degli assicurati per quanto riguarda l'accesso all'assistenza sanitaria.

Inoltre gli elenchi mettono i fornitori di prestazioni di fronte alla scelta scomoda di rifiutare gli assicurati morosi che non possono essere trattati come emergenze, o di trattarli in un primo momento a titolo gratuito. Se i debiti in sospeso non vengono pagati, i fornitori di prestazioni rimangono con crediti scoperti.

Per queste ragioni, i Cantoni non dovrebbero più essere autorizzati a tenere tali elenchi e la normativa attuale dovrebbe essere abrogata.

⁴⁴ Il 3 giugno 2020 il Consiglio degli Stati ha respinto senza controproposte la mozione della CSSS-N concernente la definizione cantonale del concetto di urgenza (18.3708).

cpv. 7bis

Il progetto prevede che l'assicuratore affili a un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni gli assicurati che ha annunciato alle autorità cantonali competenti conformemente al capoverso 3. Per questo tipo di assicurazione gli assicuratori riducono di regola i premi (art. 62 cpv. 1 LAMal).

Gli assicuratori disciplinano l'organizzazione di queste assicurazioni in base alle loro condizioni d'assicurazione. Nel suo calcolatore dei premi, l'UFSP distingue i modelli del medico di famiglia e dell'HMO dagli altri modelli assicurativi (in particolare quelli che prevedono la consultazione telefonica preventiva). La nozione di «modello» non è tuttavia definita e non esiste alcun criterio vincolante per l'attribuzione alle categorie di modello menzionate. Sono gli assicuratori a decidere in quale categoria del calcolatore dei premi dovrà figurare la loro assicurazione e come essa debba venir designata.

Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo di affiliare a un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni gli assicurati per cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni; ha inoltre la facoltà di emanare disposizioni particolari. In particolare, può esentare da quest'obbligo gli assicuratori che, in linea generale o nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato, non offrono assicurazioni di questo genere.⁴⁵ Può inoltre esentare dall'obbligo gli assicurati residenti in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia. Infatti, questi assicurati non possono aderire a forme particolari di assicurazione (art. 101a OAMal).

Il Consiglio federale ha inoltre la facoltà di stabilire se un assicuratore che offre varie assicurazioni di questo genere può affiliare i suoi assicurati per cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni ad assicurazioni diverse. L'Esecutivo può inoltre precisare se l'assicuratore può autorizzare i suoi assicurati a scegliere fra una di queste assicurazioni e a cambiarle. Infine, può disciplinare il cambiamento dell'assicurazione.

Il Consiglio federale può inoltre obbligare l'assicuratore a informare gli assicurati sull'attribuzione al modello in questione e sulle relative prescrizioni. Attualmente, un assicuratore può trasferire all'assicurazione ordinaria un assicurato che non si conforma alle condizioni d'assicurazione del modello scelto. Non potrà farlo per gli assicurati per cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni. Può nondimeno rifiutarsi di prendersi carico di una parte o dell'integralità delle prestazioni; è necessario tuttavia che ciò sia previsto nelle condizioni d'assicurazione.

Attualmente, il 70 per cento circa degli assicurati è affiliato a un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni. L'UFSP ignora tuttavia in quale percentuale vi aderiscano gli assicurati per cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni.

Se l'assicurato trasferisce il proprio domicilio in un luogo in cui l'assicuratore non è attivo, o nel caso in cui questi non eserciti più l'assicurazione sociale malattie (art. 7 cpv. 3 e 4 LAMal), l'assicurato può scegliere un nuovo assicuratore. Il nuovo assicuratore è tenuto ad affiliarlo in un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di pre-

⁴⁵ Nel 2021 solo tre assicuratori non offrono tale assicurazione. Essi, nel 2019, contavano 12 500 assicurati, pari allo 0,15 per cento del numero totale di assicurati.

stazioni se offre un'assicurazione di questo genere nel luogo di domicilio dell'assicurato. L'assicuratore precedente deve dunque comunicare al nuovo assicuratore che si tratta di un assicurato per il quale è stato rilasciato un attestato di carenza di beni.

Se i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione sono stati tutti pagati, l'assicurato può, entro la scadenza del termine di legge, affidarsi all'assicurazione ordinaria o cambiare assicuratore.

cpv. 7^{ter}

In principio, gli assicurati morosi non possono cambiare assicuratore. Il progetto prevede inoltre che gli assicurati per cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni possano in principio essere affiliati unicamente ad assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Queste restrizioni devono applicarsi anche ai minorenni i cui genitori non hanno pagato i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione. Ne sono esclusi i figli che hanno compiuto 18 anni: essi devono poter cambiare assicuratore e forma d'assicurazione anche se restano ancora da recuperare debiti che li riguardano risalenti a prima della loro maggiore età.

L'articolo 4a LAMal stabilisce che debbano essere assicurati presso lo stesso assicuratore la persona tenuta ad assicurarsi in virtù dell'attività lucrativa esercitata in Svizzera, o poiché percepisce una rendita svizzera o una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione, e i suoi familiari tenuti ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia. Questa disposizione è stata adottata, fra l'altro, per semplificare l'incasso dei premi e l'assunzione dei costi delle prestazioni per questa categoria di persone (assicurati UE).⁴⁶ Dato che questi argomenti restano validi anche quando vi sono premi, partecipazioni ai costi, interessi di mora e spese d'esecuzione ancora non pagati, è necessario che gli assicurati UE che compiono 18 anni non possano cambiare assicuratore alla fine dell'anno.

cpv. 7^{quater}

I Cantoni e gli assicuratori sono tenuti a scambiarsi i dati relativi alla riduzione dei premi sulla base di uno standard uniforme (art. 65 cpv. 2 LAMal). Fondandosi su questa disposizione, il Consiglio federale ha disciplinato in dettaglio l'esecuzione della riduzione dei premi (art. 106b–106e OAMal). Il Dipartimento federale dell'interno, fondandosi a sua volta su queste disposizioni, nella sua ordinanza sullo scambio di dati relativi alla riduzione dei premi (OSDRP-DFI)⁴⁷ ha stabilito specificazioni tecniche e modalità organizzative.

Su sollecitazione della CDS nel progetto si è introdotto l'obbligo per i Cantoni e gli assicuratori di scambiarsi i dati relativi ai premi e alle partecipazioni ai costi non pagati sulla base di uno standard elettronico uniforme. Come per la riduzione dei premi, il progetto prevede che il Consiglio federale disciplini le modalità dopo aver sentito i Cantoni e gli assicuratori. L'Esecutivo ha disciplinato il mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi negli articoli 105a–105m OAMal.

⁴⁶ Messaggio del 31 maggio 2000 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie; FF 2000 3537, ivi 3540.

⁴⁷ RS 832.102.2

cpv. 8

La comunicazione dei dati degli assicuratori ai Cantoni, essendo disciplinata nel capoverso 7^{quater}, non è più menzionata in questo capoverso.

*Disposizioni transitorie**cpv. 1*

Attualmente, l'assicuratore conserva gli attestati di carenza di beni sino al pagamento integrale dei crediti in arretrato (art. 64a cpv. 5 LAMal). Il Cantone deve anche poter assumere gli attestati di carenza di beni esistenti senza che sia costretto a negoziare il prezzo con l'assicuratore. Esso deve avere la possibilità di assumerli a un prezzo leggermente inferiore. Sui crediti di cui prima dell'entrata in vigore della modifica di legge ha assunto l'85 per cento, deve poter assumere un ulteriore 3 per cento, per una percentuale complessiva dunque dell'88 per cento. Anche in questo caso, il Cantone deve informare l'assicurato della cessione. Se il Cantone assume l'88 per cento dei crediti, l'assicuratore non ha più alcun credito nei confronti dell'assicurato. Quest'ultimo può dunque di nuovo cambiare assicuratore.

cpv. 2

Il nuovo disciplinamento riguardante i premi e la partecipazione ai costi deve essere applicabile agli assicurati che al momento della sua entrata in vigore sono ancora minorenni. Deve applicarsi ai loro arretrati anche se questi sono insorti prima della sua entrata in vigore. Ciò significa che, una volta entrato in vigore il nuovo disciplinamento, l'assicuratore non potrà più perseguire gli assicurati minorenni.

Esecuzioni in corso nei confronti di assicurati neomaggiorenni per debiti contratti durante il periodo della minore età non sono interessati dalla revisione.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Per la Confederazione il presente progetto non ha alcuna ripercussione né sul piano finanziario né sull'effettivo del suo personale.

Anche per i Cantoni il progetto non ha alcuna ripercussione in materia di personale. Sul piano finanziario può invece produrre un effetto di sgravio:

- se l'assicuratore ha la possibilità di perseguire un assicurato non più di due volte all'anno, le spese di esecuzione risulteranno complessivamente meno elevate.
- Gli assicuratori accordano ribassi sui premi delle loro assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Per gli assicurati affiliati a questo genere di assicurazioni il Cantone dovrà dunque assumersi meno crediti relativi ai premi di quanto gli toccherebbe fare se gli assicurati fossero affiliati ad un'assicurazione ordinaria. Si ignora tuttavia in quale proporzione gli assicurati per

cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni sono attualmente affiliati all'assicurazione ordinaria.

- Un Cantone che ottiene la cessione dei crediti riconosciuti in un attestato di carenza di beni può avviare in modo mirato misure di incasso presso un assicurato. Avendo a disposizione i suoi dati fiscali, conosce in modo particolare la sua situazione finanziaria.

Gli assicuratori sono limitati nel loro agire in quanto possono avviare soltanto un numero limitato di esecuzioni. I loro oneri amministrativi potranno aumentare nel caso in cui debbano affiliare assicurati contro la loro volontà in assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni e che questi ultimi non si conformino alle condizioni d'assicurazione. È tuttavia possibile che la maggior parte degli assicurati interessati sia già affiliata a un'assicurazione di questo genere.

5.2 Altre ripercussioni

Non sono da prevedere ulteriori ripercussioni.

5.3 Applicabilità

I Cantoni potranno assumersi il 90 per cento dei crediti riconosciuti nell'attestato di carenza di beni, ma non vi saranno obbligati.

L'assicuratore affilierà a un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni gli assicurati che ha annunciato alle autorità cantonali competenti conformemente all'articolo 64a capoverso 3. Il Consiglio federale può prevedere che gli assicuratori abbiano, come avviene attualmente, la facoltà di offrire e organizzare in maniere diverse le loro assicurazioni di questo genere.

6 Rapporto con il diritto europeo

La modifica di legge deve essere compatibile in particolare con l'Accordo del 21 giugno 1999⁴⁸ tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC) e con la Convenzione del 4 gennaio 1960⁴⁹ istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (Convenzione AELS). In virtù dell'allegato II ALC e dell'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS, in Svizzera nelle relazioni con gli Stati dell'UE o dell'AELS si applicano ad esempio il regolamento (CE) n. 883/2004⁵⁰ relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e il regolamento (CE)

⁴⁸ RS **0.142.112.681**

⁴⁹ RS **0.632.31**

⁵⁰ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1; una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS **0.831.109.268.1**).

n. 987/2009⁵¹. Per quanto riguarda la garanzia della libera circolazione delle persone, tale diritto non mira ad armonizzare i sistemi nazionali della sicurezza sociale. Gli Stati membri sono liberi di determinare in ampia misura la struttura concreta, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei sistemi di sicurezza sociale. Devono tuttavia attenersi ai principi di coordinamento come ad esempio il divieto di discriminazione, il calcolo dei periodi assicurativi e la fornitura transfrontaliera delle prestazioni che sono disciplinati nel regolamento (CE) n. 883/2004 e nel rispettivo regolamento d'applicazione (CE) n. 987/2009. Il disciplinamento proposto, che migliora la procedura in caso di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi, non contravviene al diritto europeo di coordinamento delle assicurazioni sociali. Esso non prevede alcuna disposizione al riguardo. Il progetto è dunque compatibile con il diritto europeo.

7 Basi giuridiche

7.1 Costituzionalità e legalità

Il progetto si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale (Cost.), che attribuisce alla Confederazione un'ampia competenza in materia di organizzazione dell'assicurazione malattie.

7.2 Delega di competenze legislative

Il Consiglio federale può emanare disposizioni d'esecuzione riguardanti la LAMal (art. 96 LAMal). Il progetto lo autorizza a:

- prevedere deroghe ed emanare disposizioni più dettagliate sull'obbligo dell'assicuratore di affiliare a una forma d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni gli assicurati annunciati al Cantone;
- disciplinare, dopo aver sentito i Cantoni e gli assicuratori, le modalità di scambio fra loro dei dati concernenti i premi e le partecipazioni dei costi non pagati.

7.3 Forma dell'atto

Tutte le disposizioni importanti che contengono norme di diritto vanno emanate sotto forma di legge federale (art. 164 cpv. 1 Cost.). Il presente progetto soddisfa questa condizione. Le leggi federali sottostanno a referendum facoltativo (art. 141 cpv. 1 lett. a Cost.). Il presente progetto prevede esplicitamente il referendum facoltativo.

⁵¹ Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1; una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS **0.831.109.268.11**).

