

CASSE MALATI: ASSICURATI MOROSI PER SCELTA, PER NEGLIGENZA O ... PER FORZA?

Michele Egloff

Dipartimento sanità della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)

I principi di solidarietà previsti dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994 sono messi a dura prova dal numero crescente di coloro che non pagano il dovuto agli assicuratori. Una prima risposta politica a questo fenomeno è stata fornita dall'articolo 64a, in vigore dal gennaio 2006 al dicembre 2011, che permetteva agli assicuratori di sospendere la copertura agli assicurati morosi. Il numero degli assicurati morosi non è però diminuito come previsto, ma si è assistito a uno spostamento delle conseguenze finanziarie dei debiti a scapito dei fornitori di prestazione e alla nascita di un epifenomeno sul piano della sanità pubblica: una frangia importante della popolazione non avrebbe più potuto prendersi cura della propria salute come dovuto. Dal gennaio 2012 si è di nuovo cambiato di paradigma ripristinando la copertura assicurativa e obbligando i Cantoni a farsi carico dell'85% dello scoperto venuto a crearsi per le persone che non dispongono dei sufficienti mezzi necessari al pagamento dei premi. Per il Cantone, che potrebbe trovarsi nell'obbligo di rifondere le casse malati per un importo annuo a otto cifre, il dilemma di sapere se un assicurato moroso dispone o meno delle risorse necessarie per onorare i suoi obblighi legali è quindi oltremodo attuale. L'articolo ritraccia il fenomeno degli assicurati morosi a partire dal 2006 grazie ai risultati di una serie di studi statistici realizzati dalla SUPSI, valuta la pertinenza del quadro legislativo e informa sui provvedimenti che dovranno essere attuati a breve per dotarsi degli strumenti necessari per monitorare le conseguenze dell'ordinamento legislativo entrato in vigore il primo gennaio 2012 e prevederne gli esiti sulla pianificazione finanziaria.

Premessa

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), entrata in vigore il 1° gennaio 1996, si prefigge di garantire all'intera popolazione l'accesso universale a un'assistenza sanitaria di qualità tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La legge ha anche l'obiettivo di sgravare le persone di condizione economica modesta attraverso la riduzione dei premi e di contenere l'aumento dei costi della salute e dell'assicurazione malattie.

Uno dei problemi nell'applicazione della LAMal che anima il dibattito politico, e che ha portato

a due modifiche della legislazione federale negli ultimi sei anni, riguarda la procedura prevista in caso di ritardo o di mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte degli assicurati.

Infatti, malgrado la messa in atto dei meccanismi di solidarietà previsti, i premi continuano a salire e il numero di coloro che non pagano il dovuto agli assicuratori è tale da non poter essere trascurato, visto che viene a incrinare il principio fondamentale su cui poggia la legge: l'obbligo di ogni persona domiciliata in Svizzera di assicurarsi e contribuire, indipendentemente dallo stato di



foto: T. Press / Davide Agosta

salute e dalle disponibilità finanziarie, al finanziamento di un catalogo di prestazioni sanitarie pre-stabilito, in modo da garantirle a tutti.

Da qui l'interesse e l'importanza di riuscire a quantificare esattamente il fenomeno degli assicurati cosiddetti morosi in tutti i suoi aspetti e di capirne le dinamiche in modo da poter verificare da un lato l'adeguatezza del quadro legale, e dall'altro di essere in grado di proporre dei correttivi efficaci, qualora fosse necessario.

Il cuore della discussione politica relativa agli assicurati morosi si articola attorno a due quesiti principali:

- come distinguere gli assicurati insolventi – quelli che non dispongono oggettivamente dei mezzi per onorare i propri debiti nei confronti degli assicuratori e per i quali è necessaria una risposta politica – dagli assicurati morosi che lo sono per negligenza o per scelta?
- quali sono gli strumenti necessari per garantire l'applicazione della legge, senza penalizzare ingiustamente chi si dovesse trovare in difficoltà?

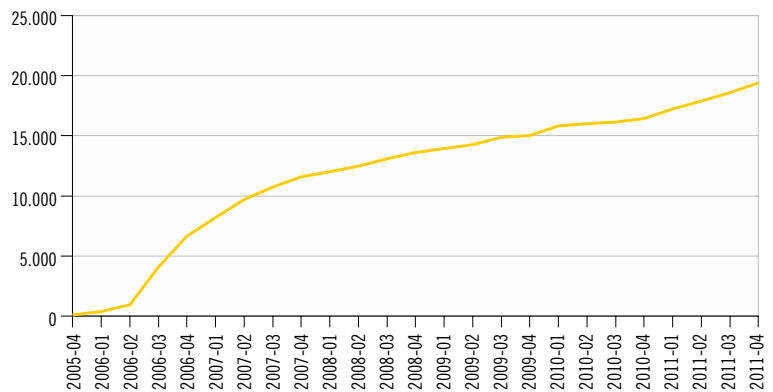
2006-2011: il fenomeno degli assicurati sospesi

Con l'approvazione dell'articolo 64a LAMal entrato in vigore il 1° gennaio 2006, le Camere federali miravano a responsabilizzare gli assicurati inaffidabili nei pagamenti con lo spettro della sospensione delle prestazioni assicurative da parte delle casse malati. L'ipotesi soggiacente al disegno di legge era quindi che il mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi delle prestazioni era il riflesso di un atteggiamento poco responsabile e privo di senso civico da parte di una fetta considerevole della popolazione.

La misura era quindi stata concepita per far rientrare il fenomeno degli assicurati morosi, ma dalla sua entrata in vigore, il 1° gennaio del 2006, il numero degli assicurati sospesi ha continuato a crescere [F. 1], creando importanti difficoltà ai fornitori di prestazioni confrontati con un numero

F. 1

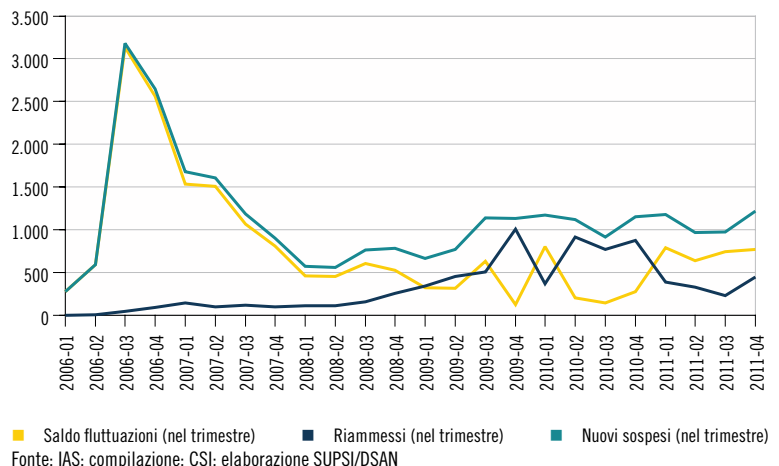
Totale degli assicurati sospesi, evoluzione trimestrale dal 01.01.2006 al 31.12.2011 (conteggio a fine trimestre)



Fonte: IAS; compilazione: CSI; elaborazione SUPSI/DSAN

F. 2

Nuovi sospesi e riammissioni trimestrali, evoluzione dal 01.01.2006 al 31.12.2011 (conteggio a fine trimestre)



Fonte: IAS; compilazione: CSI; elaborazione SUPSI/DSAN

sempre più elevato di fatture non onorate. A fine dicembre 2011, il numero degli assicurati sospesi in Ticino, registrati nelle banche dati dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) sulla base delle segnalazioni degli assicuratori, era ormai prossimo alle 20.000 unità.

L'effetto, in termini numerici, della modifica legislativa si è manifestato in modo molto marcato a partire dal mese di luglio del 2006. Nel terzo e nel quarto trimestre di quell'anno, l'allora Ufficio dell'assicurazione malattia (UAM), preposto alla gestione delle conseguenze del nuovo articolo di legge, ha dovuto aprire, in media, un migliaio di nuovi incarti ogni mese. Nella prima metà del 2007 si è registrata una prima contrazione del fenomeno, rimasto comunque su livelli alti con una media mensile di poco più di 500 annunci di nuove sospensioni. Dopo una flessione del fenomeno durata per tutto il 2008 e per la prima metà del 2009, il numero dei sospesi è tornato a crescere dall'estate dello stesso anno, stabilizzandosi sino ad oggi su una media trimestrale di circa 1.150 nuove sospensioni, quasi 400 al mese [F. 2].

Fotografie della popolazione degli assicurati sospesi:

Per realizzare delle analisi trasversali, per poter “scattare delle fotografie” in momenti diversi della popolazione degli assicurati sospesi, le informazioni considerate nella banca dati IAS 2006-2011 hanno dovuto essere completate con le caratteristiche socio-demografiche estratte dalla banca dati relativa al movimento della popolazione (Movpop), con i dati relativi ai beneficiari di prestazioni previste dalla Legge sull’armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS) estratte dal sistema di gestione informatizzata delle prestazioni sociali (GIPS) e infine con i dati relativi ai beneficiari di riduzioni dei premi cassa malattia (RIPAM) estratti dall’applicativo preposto dell’IAS (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. Al momento sono disponibili le fotografie realizzate alla fine del mese marzo del 2007, del 2008, del 2009, del 2010 e del 2011.

Il profilo degli assicurati sospesi maggiorenni

Negli studi realizzati nel Cantone Ticino con l’aiuto dei dati amministrativi disponibili e utilizzabili si è cercato di capire quali erano le caratteristiche e la reale situazione economica degli assicurati sospesi. Per fare ciò è stato tracciato il profilo degli assicurati sospesi attraverso la compilazione annuale di un file di dati che metteva in relazione una serie di informazioni estratte da diverse banche dati amministrative (vedi riquadro Fotografie della popolazione degli assicurati sospesi).

È quindi stato possibile stabilire che il numero degli assicurati maggiorenni sospesi ai sensi della LAMal è passato dalle circa 7.800 unità censite il 31 marzo 2007 al valore stimato di circa 17.600 unità alla fine del 2011: il loro numero è quindi più che raddoppiato in un periodo di circa cinque anni¹.

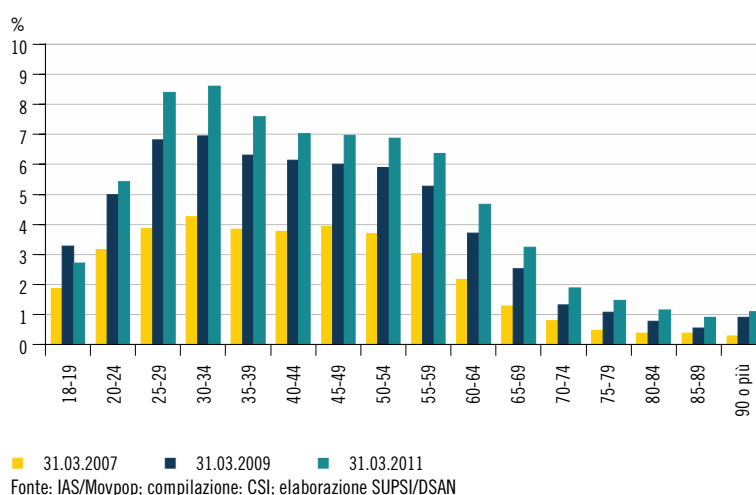
Dalla “fotografia” degli assicurati sospesi del 31 marzo 2011, l’ultima disponibile, in Ticino risultavano sospesi 15.600 adulti maggiorenni, ciò che rappresentava una proporzione del 5,6% della popolazione maggiorenne totale, un sospeso ogni diciotto assicurati. Le persone proporzionalmente più toccate dal fenomeno sono quelle della fascia d’età compresa tra i 25 e i 59 anni (otto sospesi su dieci appartengono a questa fascia d’età) – e tra di loro i giovani adulti dai 25 ai 34 anni in modo più marcato – le persone divorziate (in particolare gli uomini) e gli stranieri.

La situazione degli *adulti in età compresa tra i 25 e i 39 anni* si è particolarmente aggravata nel corso degli anni. La proporzione di sospesi tra gli assicurati di 25-34 anni è più che raddoppiata passando dal 4% nel 2007 all’8,5% nel 2011, tra gli assicurati di 35-39 anni è passata dal 4% al 7,6% [F. 3]. In altre parole, a fine marzo 2011 tra i circa 63.000 adulti ticinesi in età compresa tra i 25 e i 39 anni, uno su dodici non era in regola con i pagamenti alle casse malati e non beneficiava più della copertura assicurativa obbligatoria.

La proporzione di sospesi è pure estremamente alta tra le *persone divorziate* (11%). Benché la proporzione di assicurate sospese tra le donne

F. 3

Proporzione di assicurati sospesi maggiorenni secondo la classe d’età, 31.03. 2007/2009/2011



divorziate sia già di per sé molto alta (8,4%, una donna divorziata ogni 12), quella degli *uomini divorziati* è quasi del doppio (14,5%, un po’ più di un uomo divorziato su 7).

Questo solleva una serie di quesiti ai quali bisognerebbe rispondere con ricerche più mirate. Come già evidenziato nel primo studio SUPSI sul fenomeno (Egloff, 2009), il dato mette probabilmente in evidenza 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, malgrado la situazione delicata può pur sempre 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.

Anche la situazione della *popolazione straniera* risulta particolarmente problematica: la proporzione di sospesi tra gli stranieri (9,6%) è più del doppio di quella registrata nella popolazione svizzera (4,1%). La situazione socio-economica e il livello salariale della popolazione straniera,

¹ Nella banca dati dell’IAS 2006-2011 figurano anche dei minorenni sospesi dalle casse malati, benché lo Stato ha sempre garantito loro la copertura assicurativa. Sulla scorta dell’ordinamento cantonale (Reg. LCAMal art. 46 cpv 1), l’IAS garantisce infatti agli assicuratori il pagamento immediato dello scoperto dei minorenni su semplice richiesta o segnalazione della sospensione di un minorenni da una fonte terza (genitore, servizio sociale, ecc.) oppure, a maggior ragione, qualora uno di essi avesse necessitato di una qualsivoglia prestazione sanitaria che generava costi che rientravano nella copertura assicurativa di base.



foto T. Press / Samuel Galay

generalmente inferiori a quelli della popolazione svizzera, sono sicuramente dei fattori determinanti di questa situazione. È interessante rilevare che tra gli Svizzeri naturalizzati, la proporzione di sospesi è molto bassa (3,3%), minore della proporzione riscontrata tra gli Svizzeri dalla nascita.

Condizione economica e prestazioni sociali

Circa il 30% degli assicurati sospesi beneficia della riduzione del premio assicurativo, mentre l'8% beneficia delle prestazioni assistenziali dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento e il 5% circa percepisce degli assegni integrativi, a volte completati da un assegno di prima infanzia.

L'analisi del reddito e della sostanza di una parte degli assicurati sospesi il 31 marzo 2007, ha permesso di evidenziare situazioni di estrema precarietà, se non di povertà conclamata, in particolare tra coloro che nel 2005, poco più di un anno prima, vivevano in economie domestiche senza reddito da lavoro o che sono stati tassati d'ufficio. Si sono però anche osservate delle situazioni in cui, in modo altrettanto chiaro, non si può parlare di carenza di risorse, per lo meno non un anno e qualche mese prima della sospensione. Per una miriade di situazioni non si hanno invece abbastanza dettagli per stabilire con certezza se si trovino al di sotto o al di sopra delle soglie di intervento previste nel quadro della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps). Inoltre i dati disponibili non hanno purtroppo permesso di lavorare sull'insieme dei sospesi di ogni "fotografia" e non sono statisticamente rappresentativi, sono più che altro informativi dell'esistenza o meno di certe situazioni (Egloff, 2010).

L'analisi del reddito determinante per stabilire il diritto al sussidio ha invece permesso di constatare (quando l'informazione era disponibile) che il 60% circa degli assicurati sospesi che non richiedono una riduzione dei premi di assicurazione malattie non ne avrebbero comunque avuto diritto. Questo risultato porta a interrogarsi sull'adeguatezza delle soglie del reddito determinante che danno diritto a una riduzione del premio, come



foto T. Press / Carlo Regazzi

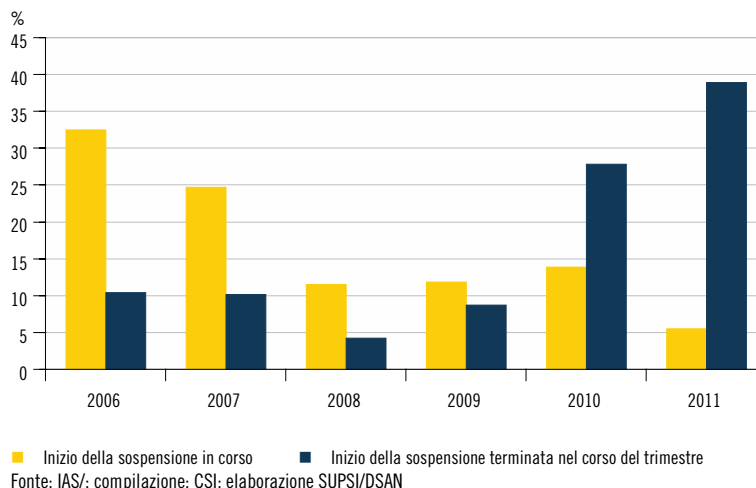
pure sull'entità della riduzione stessa, prima ancora che ad interrogarsi sul senso civico degli assicurati sospesi che non ne hanno diritto (Egloff, 2010).

A questo proposito, si ricorda l'entrata in vigore, il 1° gennaio 2012, di un'importante riforma cantonale che mira a introdurre una maggiore equità nell'erogazione dei sussidi per la riduzione del premio assicurativo. Il nuovo sistema, basato sul calcolo del reddito disponibile di riferimento e non più sul reddito imponibile, prevede infatti di riequilibrare e di meglio calibrare gli aiuti rispetto alle varie tipologie e dimensioni delle famiglie.

Le tassazioni d'ufficio costituiscono un altro dato di grande interesse: dall'analisi di un campione di 623 assicurati sospesi compilato nel 2008 dall'allora Ufficio dell'assicurazione malattia (UAM) emerge che esse concernono il 35% dei casi. 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, si ipotizza che l'assenza di una tassazione ordinaria, che concerne ben il 45% dei sospesi, può verosimilmente ricondurre a disguidi nell'amministrazione personale dovuti a noncuranza, ma anche a marcate carenze nella gestione delle incombenze correnti di vita (Cereghetti, 2008).

F.4

Proporzione delle sospensioni in corso e delle riammissioni nel primo trimestre 2011, secondo l'anno dell'inizio della sospensione



La durata delle sospensioni

La durata delle sospensioni, come pure la loro frequenza, rappresentano altre due dimensioni importanti per la descrizione 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.

Ora, chi era sospeso il 31 marzo 2011 lo era da molto tempo [F.4]. Una sospensione in corso su tre (32,5%) era iniziata nel 2006, una su quattro (24,7%) nel 2007. Solamente una sospensione in corso su cinque (19,4%) era stata decretata dopo il 1° gennaio 2010. Chi è stato riammesso durante il primo trimestre del 2011 invece, non era sospeso da molto tempo. Due assicurati riammessi su cinque (38,9%) non erano sospesi da più di due mesi, Solo un terzo di chi è stato riammesso nel primo trimestre del 2011 (33,3%) era sospeso dal 2009 o prima (Egloff, 2011).

Una buona fetta di coloro che sono stati riammessi (39,2%) sono però “recidivi”: uno su cinque (18,8%) era già stato sospeso e riammesso una volta in passato, uno su cinque (20,5%) invece lo era già stato almeno per due volte. Questo porta a concludere che a una popolazione di “sospesi permanenti”, si aggiunge una popolazione, numericamente molto meno importante, di “sospesi periodici”.

Efficacia dell'articolo 64a LAMal in vigore dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2011

La misura principale che permetterebbe di confermare l'efficacia dell'articolo 64a LAMAL entrato in vigore nel gennaio 2006 sarebbe il conteggio del numero (o della proporzione) di assicurati inaffidabili, di potenziali cattivi pagatori, che non sono mai entrati nelle statistiche dei sospesi grazie all'effetto deterrente della sospensione delle prestazioni da parte degli assicuratori. Purtroppo questo dato, come è facile immaginare, non sarà mai disponibile. Di conseguenza, il dibattito si sposta sull'interpretazione da dare all'incremento del numero di assicurati sospesi. Come interpretarne l'evoluzione?

È diffusa l'idea che gli assicurati inaffidabili rimarrebbero insensibili alla minaccia della sospensione e per questo non cambierebbero per nulla il loro comportamento nel senso sperato dal legislatore. Se così fosse, il provvedimento risulterebbe inefficace perché non costituirebbe un deterrente sufficiente per far rispettare la legge. Da qui l'idea di certi ambienti di rincarare la dose negando la piena copertura sanitaria, e non più solamente quella assicurativa, a chi dovesse trovarsi in mora (vedi per esempio la mozione Stählin, 2009).

Le analisi statistiche mostrano che il provvedimento legislativo non ha permesso di far rientrare il fenomeno degli assicurati morosi e che le persone sospese non corrispondono, in larghissima misura, al profilo degli assicurati al quale pensava il legislatore. Non sembra infatti che si tratti tipicamente 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, si potrebbe addirittura parlare dell'articolo 64a LAMal come di un provvedimento improprio, nel senso che ha prodotto un effetto diverso da quello atteso.

I risultati portano invece a ipotizzare che ci si trovi di fronte a una parte della popolazione per la quale una spesa non preventivata, un incidente, la rottura d'un legame 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 perdono il controllo e si ritrovano poi in situazioni d'insolvenza difficilmente sanabili in seguito a imprevisti e a crisi personali o familiari. In questi casi, non sempre lo spauracchio della sospensione riesce a spronare l'individuo a reagire, ad attivarsi e a chiedere aiuto in tempo utile. Istituzionalmente, si potrebbe pensare a degli



foto T. Press / Gabriele Putzu

strumenti di *dépistage* delle situazioni di morosità nascente, a delle modalità d'intervento rapido e di sensibilizzazione da parte degli 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 più vulnerabili di altre eppure trascurate dal sistema di sicurezza sociale.

Da uno studio realizzato a Ginevra già nel corso del 2006 sugli 84 assicurati sospesi che si sono presentati da maggio ad agosto alla "Polyclinique de médecine des HUG", unico posto accreditato nel Cantone per il rilascio di medicinali, risultava che coloro che pagavano in primis le conseguenze dell'entrata in vigore dell'articolo 64a LAMal erano 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). Gli autori dello studio ipotizzavano che l'applicazione dell'articolo 64a LAMal avrebbe dovuto portare certi sospesi a un'esclusione durevole dal sistema sanitario. I risultati delle analisi statistiche condotte sui dati ticinesi permettono di accreditare questa ipotesi: le sospensioni sono infatti durature, e lo sono addirittura per la quasi totalità degli assicurati sospesi. Solo il riconoscimento cantonale del diritto alle cure di prima necessità e della garanzia per i minorenni sfuma in parte il quadro della situazione.

Questo risultato non deve essere sottovalutato. A livello di sanità pubblica, il fatto che gli assicurati sospesi non consultino un medico quando ne avrebbero bisogno, non si curino adeguatamente e rinuncino a controlli di routine potrebbe generare a termine dei problemi d'ordine sociosanitario, che andranno a loro volta a pesare sulla spesa sanitaria.

Il nuovo ordinamento: azzeramento delle sospensioni da gennaio 2012

L'esclusione dalle cure mediche di un numero sempre crescente di assicurati morosi, sospesi dalle prestazioni assicurative e le conseguenze finanziarie che ne sono derivate per i fornitori di prestazione e per le prestazioni assistenziali, hanno portato il Parlamento federale a rimettere mano all'articolo 64a LAMal, e ad adottarne una nuova versione che è entrata in vigore il 1° gennaio 2012. Da allora in poi, tutti gli assicurati hanno nuovamente potuto beneficiare della copertura assicurativa per le cure posteriori al 1° gennaio 2012, pur conservando le sospensioni per il passato, così come le situazioni debitorie pregresse. Si spera che per molte persone e per tante famiglie questo "condono" rappresenti davvero un'opportunità per rimettersi "in regola" e ripartire da zero.

Assunzione del debito da parte dei Cantoni

La revisione comporta un importante cambiamento di paradigma perché abolisce l'istituto della sospensione automatica degli assicurati morosi ma in cambio obbliga i Cantoni ad assumere l'85% dei debiti (premi, partecipazioni alle prestazioni, interessi di mora, spese esecutive) per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza beni (ACB). In cambio, alle casse malati viene soppressa la facoltà di sospendere la copertura assicurativa ai loro clienti morosi. Le casse malati rimangono proprietarie degli ACB e sono tenute a versare ai Cantoni il 50% degli eventuali incassi che riusciranno a realizzare.

Avvertenza:

I dati estratti dalle banche dati degli Uffici esecuzioni e fallimenti (UEF) per la stima annuale del debito nei confronti degli assicuratori mostrano che nel 2010 il numero di morosi per i quali è stato richiesto il proseguimento dell'esecuzione era di circa 8.000 a fronte dei circa 14.000 maggiorenni sospesi il 31 marzo 2010 e ai 15.600 sospesi il 31 marzo 2011. Una differenza importante che merita spiegazioni e riflessioni. Parte della differenza potrebbe trovare una spiegazione nel fatto che un assicurato sospeso nel 2010 può aver contratto un debito negli anni precedenti. Oppure, si sa che a volte, in caso di famiglie intere affiliate alla stessa cassa malati, la procedura esecutiva potrebbe essere avviata unicamente nei confronti del capofamiglia. La differenza riscontrata di circa 6.000 unità potrebbe anche trovare spiegazione nella sovrastima del numero dei sospesi a causa del mancato annuncio di una parte delle riammissioni da parte delle casse malati. Il numero relativamente basso di debitori nelle banche dati UEF, rispetto al numero degli assicurati sospesi conteggiati nella banca dati IAS, potrebbe però anche essere dovuto al fatto che le casse malati, una volta richiesto il proseguimento dell'esecuzione necessario alla sospensione della copertura assicurativa per una prima fetta del debito, non reiterano più la procedura in seguito (o non sempre) per i debiti successivi, nonostante l'obbligo di precettare entro 4 mesi ogni fattura relativa ai premi non pagata entro la scadenza (articolo 105b OAMal). Se ciò fosse il caso, con l'introduzione del nuovo articolo di legge 64a LAMal gli assicuratori avrebbero chiaramente interesse a cambiare comportamento e cercare di ottenere l'attestato di carenza beni (ACB) per ogni franco dovuto, per garantirsi così il recupero degli 85 centesimi versati dal Cantone. In futuro, l'importo annuale degli ACB che si riferiscono alla LAMal potrebbe così risultare di diversi milioni superiore a quello conosciuto attualmente.

Conseguenze sulle finanze pubbliche cantonali

Dai dati estratti dalle banche dati degli Uffici esecuzioni e fallimenti (UEF)² risulta che nel 2010, le casse malati hanno emesso 26.000 precetti esecutivi (PE), contro 11.000 assicurati morosi, per un importo totale scoperto di 30 milioni CHF. La sola emissione dei PE ha permesso l'incasso di oltre 10 milioni CHF, ma per ben 21.000 PE (pari a 21 milioni CHF di scoperto), si è dovuto richiedere il proseguimento dell'esecuzione nei confronti di 8.000 assicurati morosi. A 3.100 di questi ultimi sono stati rilasciati immediatamente 8.500 ACB, senza procedura di pignoramento, per un importo totale di 12 milioni CHF. Per il resto, a metà aprile 2011, le procedure di pignoramento già terminate avevano portato all'emissione di altri 355 ACB, per un valore totale di 0,5 milioni CHF nei confronti di 181 debitori. I dati degli anni precedenti lasciano comunque ipotizzare che una volta terminate tutte le procedure di pignoramento pendenti saranno emessi circa 1.700 ACB per un importo totale di circa 2,5 milioni (v. riquadro Avvertenza).

Riassumendo, dalle previsioni che si possono estrapolare dai dati disponibili, per l'anno 2010 ci si può aspettare che dei 21 milioni CHF di debiti reclamati dagli assicuratori con la richiesta di proseguimento dell'esecuzione, circa 6,5 possano essere incassati dagli UEF con la procedura di pignoramento. Per i restanti 14,5 milioni CHF, saranno invece emessi degli ACB nei confronti di 3.600 morosi insolventi. Dai dati UEF è possibile rilevare che le cifre del 2010 si situano grossomodo sul livello di quelle del 2009, con una lieve tendenza al rialzo.

Se il nuovo articolo 64a LAMal fosse già stato in vigore nel 2010, il Cantone avrebbe dovuto farsi carico dell'85% dell'importo globale degli ACB

(cpv. 4). L'importo di circa 12,3 milioni CHF che il Cantone avrebbe dovuto versare alle casse malati per il 2010, sarebbe venuto ad aggiungersi ai 256,5 milioni CHF già spesi dall'IAS per la riduzione dei premi nel corso 2010, sotto forma di riduzione dei premi ordinaria (146 milioni CHF) e per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI (110,5 milioni CHF). Ne risulta un aumento del contributo in favore dell'assicurazione contro le malattie del 5% circa. Il Cantone si sarebbe quindi preso a carico un importo complessivo di 268,8 milioni CHF del fatturato cantonale delle casse malati, che ammontava a circa 1,2 miliardi CHF³.

Zahlungsunwillige o Zahlungsunfähige: il dilemma permance

Con il nuovo articolo di legge, il mancato pagamento degli oneri LAMal da parte di chi ne avrebbe la possibilità, oltre a interrompere il principio di solidarietà fra assicurati e sostenere l'aumento dei premi dell'assicurazione obbligatoria, porta anche un aggravio di costi per le finanze cantonali.

Su proposta del consigliere nazionale Toni Bortoluzzi, il Parlamento federale ha quindi adottato il capoverso 7 del nuovo art. 64a LAMal che introduce un modello già in vigore nel Cantone di Turgovia: gli assicurati che non pagano i premi nonostante la procedura in corso di esecuzione e la possibilità di regolarizzare la loro situazione (si parla di *Zahlungsunwillige*) possono essere registrati dai Cantoni in un elenco accessibile ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone interessato. Il Cantone può inoltre richiedere espressamente agli assicuratori di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica. Il nuovo capoverso 7, si dice, non concerne invece quegli

² Dati aggiornati al 14 aprile 2011.

³ Fonte: Dipartimento della sanità e della socialità, Area di gestione sanitaria.

assicurati che realmente sono impossibilitati a far fronte agli oneri assicurativi (in questo caso si parla di *Zahlungsunfähige*).

Il Cantone Ticino, approfittando della possibilità offerta dal capoverso 7 LAMal, ha introdotto la lista nera dei morosi e la possibilità di sospendere loro le prestazioni assicurative nel tentativo di arginare il fenomeno. Queste misure si applicano solo ai maggiorenni, ad eccezione dei beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI e delle persone in assistenza. Il concetto di urgenza clinica è stato inoltre esteso a quello di cure di prima necessità nel corso del dibattito parlamentare, al fine di poter considerare anche le casistiche gravi di tipo cronico.

Il coinvolgimento dei Comuni

Il problema di fondo però permane: benché lo scopo dichiarato dal Consiglio di Stato sia quello di colpire gli abusi e non chi è effettivamente impossibilitato a pagare o si trova in mora senza responsabilità propria (minorenni), rimane attuale la sfida di dotarsi di strumenti efficaci per identificare inequivocabilmente quegli assicurati morosi che avrebbero di che pagare il dovuto ed evitare di conseguenza di sanzionare ingiustamente degli assicurati oggettivamente indigenti. L'importanza della definizione chiara e univoca dei criteri che permettono di discriminare i concetti di *Zahlungsunwillige* e *Zahlungsunfähige* assumerà quindi un'importanza capitale per la credibilità e il successo del nuovo ordinamento. A questo proposito, i Comuni si vedono attribuito, oltre al ruolo importante d'intervento capillare e immediato volto a evitare l'insorgere di situazioni di insolvenza e aiutare chi si trova sommerso di debiti solo per mala gestione, anche quello di accertare se la morosità degli assicurati iscritti sulla "lista nera" è imputabile a cattiva volontà o a reale mancanza di mezzi. Le conclusioni di questi accertamenti serviranno all'autorità cantonale per decidere se mantenere l'iscrizione nella lista nera e la richiesta di sospensione delle prestazioni assicurative. Secondo l'autorità cantonale, infatti, i Comuni risultano meglio in gra-



foto: IT Press / Gabriele Pitzu

do di assumere informazioni e dati aggiornati in merito alla situazione reddituale e patrimoniale delle persone interessate, grazie alla vicinanza e alla conoscenza diretta delle situazioni.

Il coinvolgimento dei Comuni appare fondamentale anche per l'attivazione di interventi di prossimità. Grazie alla possibilità di entrare in contatto con i propri cittadini morosi, i Comuni potranno anche accertare i motivi del ritardo nei pagamenti e fornire un prezioso aiuto nella prospettiva di evitare l'emissione di attestati di carenza beni (ACB). Nei casi meno gravi a volte è sufficiente rimettere un po' di ordine nella conduzione amministrativa o trovare una persona vicina all'assicurato che lo possa assistere e consigliare, senza fare capo necessariamente alle misure del diritto tutorio.

Quando le situazioni vengono affrontate tempestivamente, ovvero prima che l'ammontare degli arretrati cresca a dismisura, è anche immaginabile far capo ad aiuti comunali, per esempio nella forma di un prestito da parte del fondo sociale, da utilizzare per il rimborso degli oneri assicurativi e dunque per il ripristino della piena copertura assicurativa. In questi casi la facoltà di sospensione delle prestazioni assicurative è pensata come uno strumento fondamentale per convincere gli interessati a farsi aiutare e per prevenire ricadute nello stato di morosità.

Monitoraggio e valutazione

Viste le implicazioni sociali, etiche e politiche del non pagamento dei premi e delle prestazioni LAMal e delle relative conseguenze sulle finanze pubbliche, Consiglio di Stato e Gran Consiglio



foto: Il Press / Gabriele Pizzu

ritengono necessario dotarsi di un sistema di monitoraggio del fenomeno degli assicurati morosi comprensivo dei diversi aspetti, che ne permetta una valutazione periodica in termini conoscitivi e di pianificazione finanziaria.

In particolare, si vuole disporre degli elementi necessari per valutare l'efficacia dello strumento della sospensione in termini di situazioni regolarizzate, eventualmente anche tramite un raffronto intercantonale, nonché per esaminare l'impatto del provvedimento sui Comuni e per analizzare il ruolo svolto dal Cantone, dalle Commissioni tutorie regionali e dagli assicuratori malattia nel prevenire, gestire e risolvere il problema degli assicurati morosi.

La modifica legislativa è tale da rendere necessaria la realizzazione di un sistema di rilevamento dei dati totalmente nuovo. Sulla scorta dell'esperienza acquisita negli ultimi anni bisognerà sviluppare una nuova banca dati il cui nucleo sarà costituito dal catalogo di informazioni relative alle procedure di esecuzione che gli assicuratori dovranno fornire al Cantone secondo il nuovo quadro legislativo. Attorno a queste bisognerà riuscire a tessere una tela di dati amministrativi che permettano di tracciare la situazione degli assicurati morosi a 360°. Si pensi in particolare ai dati sociodemografici, a quelli relativi alla riduzione del premio di cassa malati, alle prestazioni sociali e alle prestazioni complementari, ai dati fiscali, ecc.

Il sistema di monitoraggio dovrà inoltre essere alimentato dalle informazioni provenienti dalla valutazione realizzata dai Comuni. I dati richiesti ai Comuni riguarderanno gli aspetti oggetto di verifica (redditi, sostanza, stima del reddito attuale disponibile ecc.). Le informazioni fornite dai

Comuni dovranno inoltre contenere un preavviso rispetto alla possibilità o meno di onorare i propri impegni (*Zahlungsunwillige* o *Zahlungsunfähige*?) come pure la rilevazione delle risorse investite nel disbrigo di ogni incarto.

Nell'ambito della verifica comunale si potrebbe cogliere l'occasione per somministrare un questionario all'insieme dei morosi, o a un campione di essi, oppure per realizzare interviste approfondite volte a studiare il fenomeno a livello delle dinamiche individuali. Si potrebbero così finalmente indagare le discriminanti che, a situazione economico-finanziaria comparabile, fanno sì che certe persone paghino 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.

Una prima valutazione intermedia dell'evoluzione del fenomeno degli assicurati morosi e degli effetti dell'entrata in vigore della nuova normativa verrà presentata al Gran Consiglio a fine 2013.

Bibliografia:

Cereghetti, B. (2008). *Assicurati con sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMa – Analisi riguardante la situazione economica - Studio III*. Bellinzona: Ufficio dell'assicurazione malattie.

Egloff, M. (2009). *Studio sul fenomeno degli assicurati morosi*. Manno: Supsi Dsan/Dsas.

Egloff, M. (2010). *Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino*. Manno: Supsi Dsan.

Egloff, M. (2011). *Casse malati: assicurati morosi, sospesi e insolventi in Ticino – Dati aggiornati al 31 marzo 2011*. Manno: Supsi Dsan.

Marti, C. Wolff, H. (2006). *Inégalités sociales et accès aux soins : conséquences de la révision LAMal (article 64A)*. in *Revue médicale suisse*. N. 85.