



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 25 maggio 2020

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, i Cantoni tra il 2012 e il 2018 hanno versato agli assicuratori circa 2 miliardi di franchi.

Nel complesso, il nuovo disciplinamento in vigore dal 1° gennaio 2012 ha dimostrato la propria validità. Deve tuttavia essere migliorato in alcuni suoi punti. 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 quattro volte all'anno. Questa misura permetterà di contenere gli oneri amministrativi, senza però imporre agli assicuratori restrizioni eccessive nei loro sforzi di recupero dei crediti.

– I Cantoni non devono più avere la possibilità di tenere alcun elenco degli assicurati morosi, per i quali gli assicuratori prendono a carico unicamente i trattamenti in caso d'urgenza medica. Nella prassi non è stato possibile comprovare che questi elenchi permettano di migliorare la morale di pagamento degli assicurati che possono ma non vogliono pagare i premi. Si è per contro rivelato fondato il rischio di compromettere l'accesso alle cure mediche di base alle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli, compresi i bambini. Una minoranza della Commissione propone che venga mantenuta la possibilità di tenere un elenco degli assicurati morosi e di sospendere la presa a carico delle prestazioni fornite a questi assicurati. Propone tuttavia che la nozione di urgenza medica venga definita nella LAMal.

– 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 ridursi fino al 20 per cento 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 L'effetto auspicato non è comprovato	10
2.2.2 Sulla nozione di «casi d'urgenza medica»	13
2.3 Numero delle esecuzioni	14
2.4 Convenzioni di cessione fra Cantoni e assicuratori	15
2.5 Interventi parlamentari	16
3 Grandi linee del progetto	16
3.1 Proposta di minoranza	17
4 Commento ai singoli articoli	17
5 Ripercussioni	27
5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	27
5.2 Altre ripercussioni	28
5.3 Applicabilità	28
6 Rapporto con il diritto europeo	28
7 Basi giuridiche	29
7.1 Costituzionalità e legalità	29
7.2 Delega di competenze legislative	29
7.3 Forma dell'atto	29

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 (LPC¹) 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, OAMal²) e ha posto in vigore la modifica di legge con effetto al 1° gennaio 2012.

¹ RS 831.30

² 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 LParl³). 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 Gallo⁴ riguardante l'interpretazione del concetto di «urgenza medica» hanno dato adito a numerosi interventi parlamentari⁵, 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

³ Legge sul Parlamento (RS 171.10)

⁴ Sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Cantone di San Gallo del 26 aprile 2018, KSCHG 2017/5; cfr. anche n. 2.2.2.

⁵ 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?

definire l'urgenza medica. Il 19 settembre 2018 il Consiglio nazionale ha accolto la mozione senza controproposte.

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 oggetto del presente rapporto.

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.⁶

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.

Nel 2018 circa 166 000 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 385 milioni di franchi⁷. Per pagare i crediti in arretrato, i Cantoni

⁶ 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.

⁷ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 4.10, 2018, UFSP (in francese e tedesco)

tra il 2012 e il 2018 hanno versato agli assicuratori un importo complessivo pari a circa 1,984 miliardi di franchi⁸.

Alcuni Cantoni assumono l'85 per cento dei crediti imputandolo al credito per la riduzione dei premi⁹. 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.

Nel 2017 l'UFSP ha interrogato gli assicuratori in merito ai rimborsi da essi effettuati ai Cantoni in virtù dell'articolo 64a capoverso 5 LAMal. Dall'inchiesta è emerso che nel 2016 gli assicuratori hanno rimborsato ai Cantoni circa 9 milioni di franchi, importo che corrisponde al 3 per cento circa della somma che questi ultimi hanno pagato quell'anno (305 mio. fr.). Dal 2013 i rimborsi aumentano, sia pur lievemente, di anno in anno. Dal 2012 al 2016 gli assicuratori hanno rimborsato ai Cantoni una somma complessiva pari a circa 20 milioni di franchi, cifra che corrisponde a circa il 2 per cento degli oneri sostenuti dai Cantoni a tale titolo (1,250 mia. fr. fino al 2016 compreso).

Questi dati permettono di stimare la perdita subita dagli assicuratori nel 2016: dato che i Cantoni hanno versato loro circa 305 milioni di franchi (= 85%), è lecito supporre che gli assicuratori detenessero ancora circa 53 milioni di franchi (= 15%) di crediti non pagati. Considerato che gli assicuratori sono tenuti a restituire ai Cantoni il 50 per cento delle somme loro rimborsate e che questi rimborsi ammontavano a circa 9 milioni di franchi, si può verosimilmente ritenere che gli assicuratori abbiano potuto incassare lo stesso montante. La loro perdita può dunque essere stimata in circa 44 milioni di franchi (53 mio. – 9 mio. fr.). Questi dati vengono verificati dagli organi di revisione degli assicuratori e, se del caso, da quelli dei Cantoni.

⁸ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 4.11, 2018, UFSP (in francese e tedesco)

⁹ 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.

Tabella 1

Pagamenti dei Cantoni per crediti in arretrato nell'AOMS dal 2013, in milioni di franchi¹

Cantone	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	33.8	37.8	38.5	40.1	45.9	48.3
BE	29.6	25.7	34.6	35.0	36.1	42.1
LU	2.3	0.3	5.8	6.7	6.6	7.7
UR	-	-	0.2	0.3	0.3	0.4
SZ	0.2	1.0	2.0	2.3	2.4	2.6
OW	0.0	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4
NW	0.0	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5
GL	0.7	1.2	1.4	1.2	0.0	1.3
ZG	-	-	-	-	-	-
FR	8.3	9.4	12.2	12.7	13.0	14.6
SO	-	-	-	9.3	11.8	13.4
BS	1.0	7.9	13.2	12.7	12.2	14.6
BL	6.1	9.8	12.8	9.1	12.9	12.7
SH	0.1	1.1	2.1	2.1	2.6	2.6
AR	0.5	0.7	1.0	1.0	1.0	1.2
AI	0.02	0.02	0.03	0.0	0.03	0.04
SG	6.0	5.9	10.4	14.9	14.8	16.2
GR	0.3	1.4	2.8	2.9	2.9	3.3
AG	11.2	7.8	15.4	16.0	14.8	16.4
TG	1.8	1.8	2.0	2.0	3.2	3.2
TI	9.4	6.1	12.2	16.7	17.1	19.2
VD	37.8	45.5	44.7	46.6	44.2	51.3
VS	10.5	12.2	15.4	16.1	18.8	20.8
NE	10.5	12.4	13.7	15.0	15.7	18.4
GE	50.4	44.2	40.1	37.4	65.3	69.4
JU	2.3	3.9	3.6	4.3	4.1	5.0
CH²	223.0	236.6	284.7	305.4	346.5	385.3

1) Premi e partecipazioni ai costi, nonché interessi di mora e spese di esecuzione pagati, conformemente all'art. 64a LAMal e all'art. 105k OAMal, dai Cantoni agli assicuratori. Dal 2012 i Cantoni assumono l'85% dei crediti che hanno dato luogo al rilascio di un attestato di carenza di beni.

2) Dati incompleti in alcuni Cantoni, e dunque anche per la Svizzera nel suo complesso (corsivo).

Fonte: Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 4.11, 2018, UFSP (in francese e tedesco)

2.2 Elenco degli assicurati morosi

2.2.1 L'effetto auspicato non è comprovato

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 2017 tale numero ammontava a 25 780 unità¹⁰. 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 2019¹¹.

Questi elenchi sono stati introdotti allo scopo di aumentare la pressione sugli assicurati che possono ma non vogliono pagare i premi. Dalle valutazioni svolte finora non risulta ad ogni modo che tale obiettivo sia stato raggiunto (cfr. anche tabella 1).

Su incarico della CSSS-S, l'UFSP 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 studio¹² realizzato nell'ottobre del 2015 dall'ufficio basilese B, S, S. Come riferito dal Dipartimento zurighese della sanità pubblica¹³, 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

¹⁰ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, tabella 7.11, 2017, UFSP (in francese e tedesco).

¹¹ Fonte: Sasis AG

¹² B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung AG, Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich, Schlussbericht, Basilea, 14 ottobre 2015.

¹³ Comunicato stampa del 7 dicembre 2015 del Dipartimento della sanità pubblica del Cantone di Zurigo, «Liste säumiger Prämienzahler: Nutzen kann nicht belegt werden».

tengono. Gli autori 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 2020 erano sette i Cantoni che tenevano un elenco degli assicurati morosi: Argovia, Lucerna, San Gallo, Sciaffusa, Turgovia, Ticino e Zugo. La sua introduzione è avvenuta come segue:

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

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

Sostenitore convinto di tale sistema è il Cantone di Turgovia, che 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 individuali¹⁴. 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 è l'unico Cantone che prevede l'inserimento nell'elenco di persone minorenni. Tale pratica viene però criticata dal Consiglio federale: in una risposta data il 16 settembre 2019 durante l'ora delle domande in Consiglio nazionale, l'Esecutivo ha infatti dichiarato che le restrizioni di accesso alle prestazioni mediche provocate dal sistema sono in conflitto con la Convenzione sui diritti del fanciullo¹⁵. Il Governo turgovese ha replicato sostenendo che l'obiettivo di una tale misura è proprio quello di rilevare tempestivamente anche i casi di minorenni per i quali non vengono più pagati i premi di cassa malati, in modo che si possa intervenire affinché venga ripristinata la copertura dell'assicurazione malattie¹⁶.

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, Beltrami-

¹⁴ Comunicato del Governo turgovese del 27 settembre 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz».

¹⁵ 19.5420 Dmd. Graf-Litscher. Bambini inseriti sulla lista nera degli assicurati morosi a causa delle difficoltà di pagamento dei loro genitori.

¹⁶ Comunicato del Governo del 27 settembre 2019, «Verzicht auf Anpassung der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz».

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

nelli si è fondato fra l'altro su uno studio¹⁸ realizzato dalla Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) riguardante il profilo degli assicurati che non avevano pagato il premio di cassa malati.

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 nera¹⁹. 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 richiesta²⁰.

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 esplicato dalle nuove misure di accompagnamento²¹. Il 15 maggio 2018 il Consiglio di Stato del Cantone di Sciaffusa ha espresso dal canto suo l'intenzione di valutare se non sia il caso di sopprimere l'elenco oppure di mantenerlo in una forma diversa da quella attuale²². 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.

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.

19 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).

20 Cantone di San Gallo, Gran Consiglio, sessione di novembre 2018, mozione «Schwarze Liste abschaffen» (42.18.11)

21 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).

22 Risposta del 15 maggio 2018 del Consiglio di Stato del Cantone di Sciaffusa a un intervento (kleine Anfrage 2018/5) che chiedeva la soppressione della lista nera degli assicurati morosi.

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.

La prassi non uniforme seguita dalle casse malati porta al contrario a una disparità di trattamento degli assicurati morosi²⁴.

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. Riscontri 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.

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 cantonali 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 pagare²⁶.

Durante la «situazione straordinaria» decretata ai sensi della legge federale sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano (legge sulle epidemie)²⁷ 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 prestazioni²⁸.

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

²⁴ Comunicato del Governo grigionese del 21 giugno 2018, si veda anche:

<https://www.gr.ch/IT/media/Comunicati/MMStaka/2018/Seiten/2018062101.aspx>

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

²⁷ RS 818.101

²⁸ Lettera d'informazione «Adaptation pendant ce temps de situation extraordinaire» dell'UFSP del 26 marzo 2020 ai Governi cantonali, agli assicuratori LAMal e agli organi di revisione (disponibile in francese e tedesco).

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 «urgentissimi». 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 cure²⁹.

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 2018 gli assicuratori hanno escusso circa 421 000 assicurati: l'ammontare del credito corrispondeva mediamente a poco più di 2100 franchi per ogni esecuzione³⁰. La statistica rileva che fra l'avvio di una procedura di esecuzione e il rilascio di un attestato di 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.

Gli uffici di esecuzione della Città di Zurigo 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 questi ultimi avviano una procedura

²⁹ 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).

³⁰ Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria, UFSP, 2018, tabella 7.11 (in francese e tedesco)

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 2019³¹ 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.

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 in arretrato dell'assicurato vengono estinti, permettendo a quest'ultimo di cambiare di nuovo assicuratore³².

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.

³¹ 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»

³² Infosantésuisse 1/2016, pag. 12

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 Brand³³. Le due mozioni possono pertanto essere tolte dal ruolo.

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*: per fare in modo che gli assicurati minorenni non debbano farsi carico essi stessi dei premi, devono essere assicurati dal detentore dell'autorità parentale o dal loro tutore (art. 3 PP-LAMal). Soltanto i loro genitori devono assumersi la responsabilità dei loro premi e delle partecipazioni ai costi. In tal modo, l'assicuratore non può perseguire un minorenne a causa del mancato pagamento dei premi. Ciò vale anche quando quest'ultimo raggiunge la maggiore età (art. 61a e 64 cpv. 1^{bis} PP-LAMal).
- *Esecuzioni*: gli assicuratori non devono poter avviare una procedura esecutiva nei confronti dello stesso assicurato per più di quattro volte all'anno. Possono, ad esempio, limitarne il numero a una per trimestre: ciò permetterà di contenere gli oneri amministrativi, senza peraltro imporre agli assicuratori restrizioni eccessive nei loro sforzi di recupero dei crediti (art. 64a cpv. 2 PP-LAMal).
- *Nessuna sospensione delle prestazioni per gli assicurati morosi*: i Cantoni non devono più avere la possibilità di tenere alcun elenco degli assicurati morosi, per i quali gli assicuratori prendono a carico unicamente i trattamenti in caso d'urgenza medica. Nella prassi non è stato possibile comprovare che questi elenchi permettano di migliorare la morale di pagamento degli assicurati che possono ma non vogliono pagare i premi. Si è per contro rivelato fondato il rischio di compromettere l'accesso alle cure mediche di base alle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli, compresi i bambini (art. 64a cpv. 7 LAMal).
- *Le persone che non pagano malgrado le esecuzioni saranno assicurate secondo una forma particolare di assicurazione*: non appena l'assicuratore

³³ Cfr. anche n. 1.2

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'HMO³⁴. 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 PP-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, l'assicuratore gli cede questi crediti. 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 PP-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 (Häberli-Koller, Bischof, Kuprecht, Müller Damian) propone di lasciare ai Cantoni che lo desiderano la possibilità di tenere un elenco degli assicurati morosi (art. 64a cpv. 7 LAMal), così da permettere alle autorità cantonali e comunali di assistere individualmente le persone interessate e da evitare che quest'ultime si indebitino nel lungo periodo. Gli assicuratori sospendono l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, ad eccezione di quelle riguardanti le urgenze mediche. In considerazione delle difficoltà interpretative cui dà adito la nozione di urgenza medica, la minoranza propone che essa venga definita nella LAMal. 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.

4 Commento ai singoli articoli

Art. 3 cpv. 1 e 1^{bis}

Attualmente, ogni persona domiciliata in Svizzera è tenuta ad assicurarsi o a farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. Il rappresentante

³⁴ HMO = Health Maintenance Organization: rete sanitaria composta da medici riuniti in uno studio medico di gruppo.

legale stipula l'assicurazione a nome della persona che rappresenta, la quale è debitrice dei premi e delle partecipazioni ai costi.

Questo disciplinamento viene mantenuto per le persone maggiorenni. La maggiore età è fissata a 18 anni (art. 14 del codice civile svizzero, CC³⁵). Le persone maggiorenni incapaci di discernimento a causa di disabilità mentale o turba psichica continuano a essere assicurate dal loro rappresentante legale. Rimangono debentrici dei loro premi e delle partecipazioni ai costi.

Le persone minorenni dovranno invece essere assicurate a loro nome dal detentore dell'autorità parentale o dal loro tutore. Non saranno più dunque debentrici dei loro premi e delle partecipazioni ai costi.

L'obbligo di mantenimento incombe ai genitori fino alla maggiore età del figlio. Se, raggiunta la maggiore età, il figlio non ha ancora una formazione appropriata, i genitori, per quanto si possa ragionevolmente pretendere da loro dato l'insieme delle circostanze, devono continuare a provvedere al suo mantenimento fino al momento in cui una simile formazione possa normalmente concludersi (art. 277 cpv. 1 e 2 CC).

Il nuovo disciplinamento concerne tutti i minorenni. Quando il figlio diventa maggiorenne deve assicurarsi egli stesso e diventa debitore dei suoi premi e delle partecipazioni ai costi. Se è ancora in formazione ai sensi dell'articolo 277 capoverso 2 CC, i suoi premi e le partecipazioni ai costi possono far parte del mantenimento che ha il diritto di pretendere dai suoi genitori. A tal proposito il disciplinamento vigente rimane invariato.

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

Attualmente, in caso di affiliazione tardiva l'assicurato deve in linea di principio 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 debitore del premio. Un tutore che si occupa di un minorenne di regola procede per tempo all'affiliazione, o con un ritardo giustificabile, di modo che non viene riscosso alcun supplemento. In caso contrario, il supplemento è a carico del tutore.

³⁵ RS 210

Art. 61a

Attualmente, il figlio minorenni e i suoi genitori sono debitori dei premi. I genitori lo sono in quanto i premi fanno parte del mantenimento del figlio. Ne sono responsabili in maniera solidale; ciò significa che l'assicuratore può far valere l'integralità del suo credito presso il minorenni oppure presso l'uno o l'altro dei suoi genitori. Se l'assicuratore persegue il minorenni, questi è difeso dal proprio rappresentante legale.

Il nuovo progetto prevede esplicitamente che i premi del figlio vengano esclusivamente coperti dai genitori in modo solidale fino alla fine del mese in cui diventa maggiorenne. Ciò significa che l'assicuratore può far valere l'integralità del suo credito presso uno dei genitori. Questo genitore può eventualmente fare addossare la responsabilità all'altro. Dato che i premi vengono di regola riscossi mensilmente (art. 90 OAMal), la data di riferimento è la fine del mese. In tal modo l'assicuratore non potrà perseguire il figlio per premi dovuti quando era minorenni. Non potrà farlo nemmeno una volta che è diventato maggiorenne.

I genitori sono in principio responsabili in modo solidale, indipendentemente dal fatto che vivano in comunione domestica o che siano coniugati. Un genitore può tuttavia attestare che, in virtù di un contratto di mantenimento o di una decisione giudiziaria, è obbligato a pagare contributi di mantenimento che comprendono anche i premi di cassa malati. In questo caso deve anche provare che egli paga effettivamente questi contributi di mantenimento. Se fornisce questa prova, soltanto l'altro genitore è debitore dei premi. L'assicuratore deve in principio fare addossare la responsabilità a entrambi i genitori. Un genitore deve dunque avere la facoltà di sottrarsi a questa responsabilità unicamente nel caso in cui può attestare che versa all'altro genitore i contributi di mantenimento e che questi sono sufficienti per pagare i premi. Se i genitori non vivono in comunione domestica, il genitore che si occupa del figlio non deve essere l'unico debitore dei suoi premi.

Art. 64 cpv. 1^{bis}

Per i minorenni non viene riscalata 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).

Attualmente, il minorenni e i suoi genitori sono debitori, oltre che dei premi, anche delle partecipazioni ai costi: i genitori lo sono in quanto esse fanno parte del mantenimento del figlio. Lo sono in modo solidale. Se l'assicuratore persegue il minorenni, questi è difeso dal proprio rappresentante legale.

Il progetto prevede che le partecipazioni ai costi del figlio vengano coperte in modo solidale dai genitori oppure dal genitore che è debitore dei premi. Se un genitore ha provato all'assicuratore che non è debitore dei premi, tale prova varrà anche 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. 1^{bis}

Se un assicurato è ancora minorenne, le disposizioni concernenti il mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi devono in principio applicarsi ai suoi genitori. Questa regola si applica anche ai crediti che insorgono nel periodo in cui il figlio è minorenne e che sono ancora esigibili. Una volta raggiunta la maggiore età, il figlio non può essere perseguito per crediti che i genitori non hanno pagato quando era ancora minorenne. Può invece, come avviene già oggi, essere perseguito per i premi e le partecipazioni ai costi non pagati a partire dal raggiungimento della maggiore età, e questo anche se i suoi genitori sono ancora tenuti a provvedere al suo mantenimento in virtù dell'articolo 277 capoverso 2 CC. Se l'assicuratore procede al recupero del suo credito presso il giovane adulto, questi può chiedere che a rispondere siano i suoi genitori, qualora siano ancora tenuti a provvedere al suo mantenimento.

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).

Se l'assicuratore avvia ogni mese od ogni due mesi una procedura per l'incasso dei premi, le spese di esecuzione risulteranno più elevate di quanto non sarebbero se le procedure venissero avviate con meno frequenza. Se però avesse la possibilità di avviarne soltanto una o due all'anno, è solo con ritardo che potrebbe far valere i suoi crediti ancora pendenti. Inoltre, l'ammontare dei suoi crediti rischierebbe di esser tale che gli assicurati che versano in condizioni economiche difficili non riuscirebbero a pagarli tutti in una volta. È per questo che l'assicuratore dovrebbe avere la possibilità di perseguire un assicurato al massimo quattro volte all'anno. In tal modo, potrebbe esigere il pagamento dei suoi crediti una volta ogni trimestre.

La legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF³⁶) permette al creditore di perseguire i suoi debitori per diversi crediti. L'ufficio d'esecuzione non verifica pertanto quante volte un assicurato viene escusso dal proprio assicuratore. Se indirizza un'ingiunzione di pagare all'assicurato, questi può fare opposizione adducendo il fatto che nel corso dell'anno civile è già stato perseguito quattro volte. Se

³⁶ RS 281.1

l'assicurato fa opposizione, l'assicuratore può prendere una decisione e togliere il ricorso. Quando questa decisione passa in giudicato può proseguire la procedura d'esecuzione. L'assicurato può tuttavia interporre opposizione contro la decisione, adducendo il motivo che nel corso dell'anno civile è già stato perseguito quattro volte. Contro la decisione sull'opposizione dell'assicuratore può ricorrere dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni adducendo la stessa motivazione.

Si può prevedere che in ragione del nuovo disciplinamento gli assicuratori in linea di massima non perseguiranno un assicurato più di quattro volte all'anno. Tuttavia, un assicurato che non ha optato per una forma particolare di assicurazione può cambiare assicuratore per la fine d'un semestre di un anno civile (art. 7 cpv. 1 LAMal), e cioè a fine giugno o a fine dicembre. L'assicurato può inoltre cambiare assicuratore anche nel corso dell'anno, nel caso in cui trasferisca il proprio domicilio fuori dal raggio d'attività dell'assicuratore o nel caso in cui questi decida un aumento dei premi (art. 7 cpv. 2 e 3 LAMal). In questi casi, se l'assicurato viene escusso dal suo nuovo assicuratore, ha la possibilità di far valere che è già stato perseguito, complessivamente, quattro volte dal vecchio e dal nuovo assicuratore.

Un assicurato può essere anche perseguito al massimo quattro volte nel corso di un anno civile per i premi del figlio. Ha la possibilità di affiliare i propri figli ad assicuratori diversi dal proprio. Nel corso di un anno civile, l'assicuratore potrà pertanto perseguire un assicurato che ha un figlio non più di otto volte.

Dato che l'assicuratore, nella sua qualità di creditore, è tenuto ad anticipare le spese di esecuzione e ad assumersi di regola il 15 per cento del credito riconosciuto nell'attestato di carenza di beni, ha tutto l'interesse a contenere il più possibile le spese di esecuzione.

Attualmente 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.

L'assicuratore può perseguire i genitori anche per i debiti dei figli minorenni. È pertanto necessario precisare che l'assicuratore sia tenuto a comunicare non solo il nome dei debitori escussi, ma anche quello delle altre persone che sono oggetto dell'esecuzione.

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 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 esso 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.

cpv. 6

L'assicurato in mora non può 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 recupero 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.

cpv. 7

Il capoverso permette ai Cantoni di tenere un elenco degli assicurati morosi. Come già rilevato in sede introduttiva, la tenuta di questi elenchi, con la conseguente sospensione delle prestazioni, rischia di compromettere l'accesso alle cure mediche di base alle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli. Inoltre, essi pongono i fornitori di prestazioni nella necessità di dover scegliere se rifiutare gli assicurati che non possono essere trattati nei casi d'urgenza o se trattarli provvisoriamente a titolo gratuito. Se i crediti in sospeso non vengono saldati, i fornitori di prestazioni si ritrovano con dei crediti scoperti.

Per queste ragioni, i Cantoni non dovrebbero più essere autorizzati a tenere questi elenchi. La norma vigente deve pertanto essere abrogata.

cpv. 7: proposta della minoranza

Attualmente, i Cantoni possono tenere un elenco degli assicurati che, malgrado le procedure d'esecuzione, non sottostanno all'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.

Questo disciplinamento può essere combinato con tutte le modifiche proposte nel progetto. Esso prevede in particolare che l'assicuratore affili a un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni gli assicurati per cui è stato rilasciato un attestato di carenza di beni. La disposizione può essere applicata anche a persone registrate in un elenco, dato che anche questi assicurati devono continuare a pagare i loro premi. La possibilità data loro di pagare premi più bassi permetterebbe di sgravare i Cantoni.

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 è il fornitore di prestazioni a decidere su quanto attiene all'urgenza medica ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal (§ 24b dell'ordi-

nanza del 9 luglio 1996 sull'esecuzione della legge federale sull'assicurazione malattie).

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 federale³⁷. 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.

cpv. 7^{bis}

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 assicura-

³⁷ 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).

zioni di questo genere. 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 prestazioni 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.

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) (messaggio del 31 maggio 2000 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie; FF 2000 3537, ivi 3540). 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-DFI³⁸) ha stabilito specificazioni tecniche e modalità organizzative.

Su sollecitazione della CDS nel progetto preliminare 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.

cpv. 8

La comunicazione dei dati degli assicuratori ai Cantoni, essendo disciplinata nel capoverso ^{7quater}, 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

³⁸ RS 832.102.2

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.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Per la Confederazione il progetto preliminare 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 quattro volte all'anno, le spese di esecuzione risulteranno 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 un po' limitati nel loro agire in quanto posso avviare soltanto un numero limitato di esecuzioni. Se gli elenchi degli assicurati morosi verranno soppressi i loro oneri amministrativi si ridurranno. Potranno invece aumentare nel caso in cui gli assicuratori debbano affiliare degli 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.

In principio le prestazioni saranno rimborsate ai fornitori di prestazioni, nel caso in cui i Cantoni non potranno più tenere alcun elenco degli assicurati morosi.

5.2 Altre ripercussioni

Per gli assicurati l'assistenza sanitaria continuerà in principio a essere garantita, se i Cantoni non potranno più tenere alcun elenco e gli assicuratori continueranno ad assumere in tal modo i costi delle prestazioni.

Non sono da prevedere ulteriori ripercussioni.

5.3 Applicabilità

Gli assicuratori potranno continuare a perseguire gli assicurati trimestralmente.

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.

La soppressione degli elenchi comporterà anche l'estinzione delle difficoltà di applicazione a essi correlate.

6 Rapporto con il diritto europeo

La modifica di legge deve essere compatibile in particolare con l'Accordo del 21 giugno 1999³⁹ 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 1960⁴⁰ istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (Convenzione AEELS). In virtù dell'allegato II ALC e dell'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AEELS, in Svizzera nelle relazioni con gli Stati dell'UE o dell'AEELS si applicano ad esempio il regolamento (CE) n. 883/2004⁴¹ relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e il regolamento (CE) n. 987/2009⁴². 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

³⁹ RS 0.142.112.681

⁴⁰ RS 0.632.31

⁴¹ 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).

⁴² 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).

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 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 preliminare lo autorizza a disciplinare le modalità di scambio fra i Cantoni e gli assicuratori 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 preliminare soddisfa questa condizione. Le leggi federali sottostanno a referendum facoltativo (art. 141 cpv. 1 lett. a Cost.). Il presente progetto preliminare prevede esplicitamente il referendum facoltativo.