

ANNO 2007/2008

Seduta VII: mercoledì 27 giugno 2007 - pomeridiana

SOMMARIO

1. Risposta a interpellanza
2. Concessione al Comune di Lugano di un sussidio a fondo perso non soggetto al rincaro per l'ampliamento, con sopraelevazione di un piano, della casa per anziani Residenza Gemmo di proprietà del Comune
 - Messaggio del 20 marzo 2007 no. 5907
 - Rapporto del 29 maggio 2007 no. 5907 R; relatore: Ignazio Bonoli
3. Modifica della legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione contro le malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), riguardante gli assicurati con sospensione di prestazioni LAMal - seconda deliberazione
 - Messaggio del 5 luglio 2006 no. 5810
 - Rapporto del 12 giugno 2007 no. 5810 R; relatore: Ignazio Bonoli
4. Chiusura della seduta e rinvio

PRESIDENZA: Monica Duca Widmer, Presidente

Alle ore 14:05 la Presidente dichiara aperta la seduta, presenti 86 deputati.

Sono presenti le signore e i signori deputati:

Arigoni - Bacchetta-Cattori - Badasci - Bagutti - Barra - Beltraminelli - Beretta Piccoli - Bergonzoli - Bertoli - Bignasca A. - Bignasca B. - Bignasca M. - Bobbià - Boneff - Bonoli - Bordogna - Brivio - Caimi - Calastri - Canal - Canepa - Canonica - Carobbio - Cavalli - Celio - Chiesa - Colombo - Corti - Dadò - Dafond - David - De Rosa - Dominé - Duca Widmer - Ducry - Ferrari - Foletti - Franscella - Frapolli - Galusero - Garobbio - Garzoli - Ghisletta D. - Ghisletta R. - Gianoni - Gianora - Giudici - Gobbi N. - Gobbi R. - Guidicelli - Gysin - Jelmini - Kandemir Bordoli - Krüsi - Lepori - Lurati - Maggi - Malacrida - Marcozzi - Mariolini - Martignoni - Merlini - Moccetti - Orelli Vassere - Orsi - Pagani - Pantani - Paparelli - Pedrazzini - Pellanda - Pestoni - Pinoja - Poggi - Polli - Quadri - Ramsauer - Ravi - Regazzi - Righinetti - Rusconi - Salvadè - Savoia - Stojanovic - Viscardi - Vitta - Weber

Si sono scusati per l'assenza:

Rizza - Solcà - Wicht

Non si è scusato per l'assenza:

Del Bufalo

1. RISPOSTA A INTERPELLANZA

Ti...cinesi in comitiva

Risposta all'interpellanza presentata il 5 giugno 2007 da Sergio Savoia

L'interpellante si rimette al testo.

PESENTI P., PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI STATO - Il deputato Savoia pone cinque domande sulla trasferta in Cina di cinque funzionari dell'Amministrazione cantonale. L'atto parlamentare la definisce una "scampagnata fuori porta", senza considerare che, tra la lunghezza del viaggio, le continue trasferte e i moltissimi appuntamenti, si è trattato piuttosto di una massacrante maratona.

Prima di passare alle domande, cui do puntuale risposta a nome del Governo, ricordo alcuni antefatti: il Ministero degli affari esteri della provincia cinese dello Zhejiang, che confina con l'agglomerato di Shanghai, comunicava all'inizio del 2004 ad alcuni Cantoni, tra cui il Ticino, l'imminente visita di una delegazione di quel Paese, intenzionata a prendere contatti in vista di possibili collaborazioni future. Nell'aprile del 2004 una prima delegazione dello Zhejiang era ricevuta a Bellinzona; il 30 agosto si siglava una dichiarazione d'intenti tra le due regioni per stabilire rapporti di reciproca collaborazione promuovendo e stimolando le relazioni, la collaborazione e gli scambi, in particolare nel settore dell'economia, della cultura e dell'architettura.

In quella sede la delegazione cinese anticipava la proposta di invitare una delegazione ticinese nello Zhejiang per sottoscrivere un accordo di collaborazione, siglato all'inizio di giugno del 2006 fra il Governatore e il Cancelliere dello Stato in rappresentanza del Consiglio di Stato ticinese, in occasione della visita di una delegazione del Cantone, presente il Presidente del Gran Consiglio. L'accordo è stato poi ratificato formalmente dal Consiglio di Stato ed è stato esteso ad altri settori. In tale occasione la delegazione ticinese era completata da un gruppo rappresentativo della città di Lugano.

Nel programma della visita in Cina figurava anche la partecipazione ufficiale del Cantone, in veste di ospite d'onore, all'inaugurazione della Fiera campionaria della seconda città della provincia, Ningbo.

Il Consiglio di Stato, su proposta della Cancelleria dello Stato e della Divisione dell'economia, ha istituito un gruppo di lavoro in collaborazione con la città di Lugano e con Ticino turismo, interessati a partecipare alla Fiera campionaria svoltasi dall'8 al 12 giugno scorsi, con il compito di organizzare la presenza di uno *stand* espositivo e la trasferta di una delegazione del Governo per prender parte all'inaugurazione. Una ditta luganese è stata incaricata di allestire a Ningbo lo *stand* del Cantone per un costo complessivo di 33 mila franchi, un terzo dei quali preso a carico della città di Lugano. Lo stand ha riscosso un notevole successo.

Inutile sottolineare quale grande mercato stia divenendo la Cina sotto ogni aspetto, quello commerciale *in primis* ma non da ultimo quello turistico.

1. *Quanto costa questo viaggio al contribuente ticinese?*

La spesa finale si aggira sui 55 mila franchi: il Governo aveva votato all'inizio di quest'anno due risoluzioni, una con un credito di spesa di 40 mila franchi per la trasferta e la seconda con un credito di spesa di 33 mila franchi per l'allestimento dello *stand*. Dei 73 mila franchi complessivi, tolti gli 11 mila a carico di Lugano, la delegazione disponeva di 62 mila franchi, di cui sono stati effettivamente spesi 55 mila.

2. *Quali sono i criteri alla base della scelta della delegazione? Ci sono privati che accompagnano la "delegazione ufficiale"? A che titolo? Chi copre i loro costi?*

La delegazione era composta da cinque membri: il Cancelliere, il Direttore della Divisione della cultura e degli affari universitari, il Direttore della Divisione dell'economia, quello del Laboratorio cantonale di igiene e la segretaria per i rapporti transfrontalieri e internazionali, che ha curato in Ticino e durante il soggiorno gli aspetti amministrativi e protocollari. La scelta si è basata sul programma delle visite e di contatti concordato con le autorità della provincia ospitante: per la parte cantonale istituti universitari, di ricerca e laboratori; sono qui stati considerati il promovimento economico, la gestione dello stand, i contatti a livello istituzionale, politico e amministrativo con autorità e dirigenti della provincia. Oltre alla delegazione della città di Lugano che accompagnava i cinque funzionari del Cantone, alla trasferta hanno partecipato i delegati di Ticino turismo e di Lugano turismo (a spese dei rispettivi enti), due rappresentanti del Cardiocentro (a spese dello stesso ente), due rappresentanti del Golf club Lugano (a spese loro) per interesse della città di Lugano che ha organizzato e sponsorizzato un percorso internazionale di golf; infine, la madre ottantenne del Cancelliere in visita alla nipote che studia la lingua cinese nella regione, ovviamente a spese sue.

3. *Cosa si propone il Consiglio di Stato con questo viaggio?*

Si propone di mantenere rapporti di amicizia e di collaborazione, anche in vista di possibili ricadute economiche e scientifiche con la provincia cinese dello Zhejiang.

4. *Quali indicatori ha previsto per monitorare il risultato del viaggio e metterlo in rapporto con l'investimento?*

Francamente, monitorare un investimento di 55 mila franchi per partecipare a uno *stand* è eccessivo e costerebbe più degli eventuali ricavi. Se però si vuol parlare delle ricadute, posso dire che non è semplice stabilire preventivamente quali potrebbero essere gli effetti, l'impatto e il ritorno di una trasferta di questo tipo, perché la dimensione del territorio e della popolazione cinesi impediscono una stima attendibile. Gli elementi in nostro possesso, ossia le reazioni "a caldo" avute in quel Paese sono molto positive: lo attestano le impressioni generali manifestate sulla visibilità e l'interesse per lo *stand*, gli esiti delle visite e dei colloqui dei collaboratori tecnici e scientifici e gli echi nei media locali. Dal profilo politico si segnala che una delegazione presieduta dal Governatore dovrebbe render visita al nostro Cantone, verso la metà di settembre. Non va inoltre sottovalutato il sostegno personale riservato sul piano diplomatico dall'Ambasciatore svizzero a Pechino Dante Martinelli, presente all'inaugurazione dello *stand* a Ningbo unitamente al console generale di Shanghai William Frey. Ciò ha conferito un rilievo svizzero alla trasferta.

5. *La Cina è un nuovo mercato strategico di riferimento del Canton Ticino? In base a quale criterio di programmazione economica?*

Il dialogo e i contatti verso l'esterno rappresentano per un Cantone di frontiera una *chance* che va seguita con attenzione, con senso delle proporzioni e con realismo. Su tali presupposti si stanno facendo esperienze sia sul piano transfrontaliero sia su quello internazionale. Condizioni quadro di tipo normativo, cui la Confederazione ha aderito, consentono anche ai Cantoni di seguire e di promuovere rapporti di collaborazione di carattere internazionale. Numerosi Cantoni si sono mossi in tal senso, assieme al Ticino: lo hanno fatto il Giura e Friburgo, che tra l'altro hanno sottoscritto con la medesima provincia accordi simili al nostro. Considerando la spesa effettiva in rapporto al *budget* a disposizione della Cooperazione transfrontaliera e internazionale – nel nostro Cantone 300 mila franchi di cui 70 mila già riservati alla Comunità di lavoro della Regio insubrica – si può affermare che ci sarebbe lo spazio per fare di più.

SAVOIA S. - La risposta è estremamente esauriente, quindi rinuncio a chiedere la discussione generale. Sapere che intratteniamo rapporti amichevoli con la Cina mi tranquillizza.

Soddisfatto l'interpellante, l'atto parlamentare è dichiarato evaso.

2. **CONCESSIONE AL COMUNE DI LUGANO DI UN SUSSIDIO A FONDO PERSONA NON SOGGETTO AL RINCARO PER L'AMPLIAMENTO, CON SOPRAELEVAZIONE DI UN PIANO, DELLA CASA PER ANZIANI RESIDENZA GEMMO DI PROPRIETÀ DEL COMUNE**

Messaggio del 20 marzo 2007 no. 5907

Conclusioni del rapporto della Commissione della gestione e delle finanze: adesione all'entrata in materia e approvazione del decreto legislativo annesso al messaggio governativo.

Messa ai voti senza discussione, l'entrata in materia è accolta con 62 voti favorevoli e 4 contrari.

Messi ai voti, i singoli articoli e il complesso del decreto legislativo annesso al messaggio governativo sono accolti con 59 voti favorevoli e 4 contrari.

3. MODIFICA DELLA LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE DELLA LEGGE FEDERALE SULL'ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE DEL 26 GIUGNO 1997 (LCAMAL), RIGUARDANTE GLI ASSICURATI CON SOSPENSIONE DI PRESTAZIONI LAMAL (seconda deliberazione - non adesione del Consiglio di Stato del 29.01.2007)

Messaggio del 5 luglio 2006 no. 5810

Conclusioni del rapporto della Commissione della gestione e delle finanze: si invita il Gran Consiglio ad approvare il disegno di legge annesso al rapporto medesimo.

Ai sensi dell'art. 93 della legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato, il Gran Consiglio procede a una seconda deliberazione.

BERTOLI M. - Secondo la legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato [LGC/CdS; RL 2.4.1.1], il Gran Consiglio deve discutere il testo votato in prima lettura, con le eventuali modifiche proposte dal Consiglio di Stato. Non è prevista la possibilità di proporre emendamenti in seconda lettura.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - Eminentissimi giuristi mi confermano che a questo punto siamo tenuti a non entrare in materia, trattandosi di una seconda lettura, ma che possiamo discutere subito il testo del decreto legislativo; apro quindi la discussione su questo e sulla proposta di emendamento contenuta nel rapporto aggiuntivo.

BERTOLI M. - L'articolo 94 della LGC/CdS parla di una seconda lettura di quanto è già stato votato dal Gran Consiglio ed eventualmente di emendamenti proposti dal Governo, ovvero il messaggio. Non è data possibilità di apportare altri emendamenti.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - «Se il Consiglio di Stato non ha dato l'adesione alla legge o al decreto legislativo, il Gran Consiglio procede ad una seconda deliberazione. Il Consiglio di Stato ha la facoltà di presentare le sue osservazioni entro un termine massimo di tre mesi. È sempre in facoltà del Consiglio di Stato di ritirare un progetto di legge o di decreto legislativo di sua iniziativa, prima della sua definitiva accettazione.»

BERTOLI M. - La deliberazione avviene però sullo stesso oggetto, non su un oggetto diverso; altrimenti non si tratterebbe di una seconda deliberazione.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - Essa avviene sul testo di prima lettura, con l'emendamento presentato nel rapporto aggiuntivo, per cui apro la discussione sul testo di prima lettura; il rapporto fatto non è altro che l'emendamento su questo testo, e su ciò discutiamo.

BERTOLI M. - Per favore, legga l'articolo 94 della LGC/CdS.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - *«Nella seconda lettura si discute sul testo votato in prima lettura, con le modifiche proposte dal Consiglio di Stato. In seconda lettura la discussione e il voto avvengono come disposto per la prima, senza discussione né voto sull'entrata in materia; la Commissione di redazione provvede nondimeno alle sue verifiche prima del voto sul complesso».*

BERTOLI M. - Il primo capoverso è chiarissimo. Il testo che ci viene sottoposto è diverso rispetto a quello della prima lettura, cosa che quel capoverso non consente di fare.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - La questione è stata valutata e le conclusioni cui si è giunti sono quelle che già vi ho esposto.

SCHNYDER R., SEGRETARIO GENERALE DEL GRAN CONSIGLIO - Nel nostro ordinamento si procede normalmente a una sola lettura, salvo il caso in cui il Consiglio di Stato non dà l'adesione. Nel corso della seconda lettura è consentito presentare emendamenti, compresi quelli eventualmente proposti dal Consiglio di Stato. Unica differenza è l'assenza di discussione di entrata in materia: questa è l'interpretazione che si è sempre data.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - Metto ai voti la procedura sull'interpretazione del regolamento, per cui si analizza il decreto legislativo così com'era in prima lettura e l'emendamento parte del rapporto aggiuntivo. In caso di bocciatura la trattanda sarà rinviata e l'Ufficio presidenziale si riunirà per decidere sul da farsi.

Messa ai voti, la procedura è accolta con 57 voti favorevoli, 13 contrari e 6 astenuti. Si prosegue con la discussione.

MERLINI G. - Porto il sostegno del mio gruppo a questo emendamento, a favore di una soluzione che non solo soddisfa il dettato costituzionale nei casi medico-sanitari di prima necessità ma che tutela gli interessi finanziari del Cantone, dei Comuni e degli assicurati onesti mettendo al riparo gli assicurati minorenni dalle conseguenze dell'inadempienza dei genitori che non pagano il premio di cassa malati e che tende a responsabilizzare gli assicurati.

Il problema della sospensione della copertura assicurativa tocca i fornitori di prestazioni sanitarie in regime convenzionale, perché a quelli in regime aconvenzionale importa non tanto la copertura assicurativa quanto il fatto che il paziente sia avvezzo a pagare le fatture. Tuttavia, una soluzione legislativa cantonale nel nuovo quadro normativo federale – con l'entrata in vigore della riforma che dà agli assicuratori il diritto di scegliere se sospendere la copertura agli assicurati inadempienti oppure mantenerla per incassare i premi dal Cantone – deve tenere presente anche la situazione dei fornitori di prestazioni in

regime aconvenzionale. Non vi è infatti valida ragione per togliere ai primi un rischio di incasso che i secondi hanno abitualmente, per lo meno quando si tratti di prestazioni assimilabili.

Di qui nacque la proposta del rapporto di maggioranza del 28 novembre 2006 che scartava due opzioni a favore di una terza più responsabile. Scartava cioè l'ipotesi di pagare gli scoperti alle casse malati per tutti i morosi non appena ricevuta la notifica della cassa malati e senza attendere l'esito di una procedura esecutiva, cosa che avrebbe tra l'altro vanificato lo scopo della normativa federale e avrebbe contribuito unicamente a incrementare l'inadempienza degli assicurati, facendo venire meno ogni incentivo a pagare i premi. Scartava anche la seconda ipotesi, quella cioè di far pagare i premi allo Stato solo nei casi in cui gli conveniva, ipotesi che sarebbe stata contraria agli interessi degli onesti che pagano i premi di cassa malati perché avrebbe comportato per le casse malati un mancato introito dei premi dei "buoni rischi" – gli insolventi sani – obbligandole invece a pagare le fatture dei "cattivi rischi" – gli insolventi malati e cronici – contro qualsiasi principio assicurativo di ripartizione dei rischi.

Si scelse in sostanza di concordare solo parzialmente con il messaggio governativo, nel senso di limitare il pagamento delle fatture ai casi urgenti ma solo ai fornitori di prestazioni in regime convenzionale, ai quali il pagamento diretto è rifiutato dagli assicuratori per intervenuta sospensione della copertura e solo oltre un limite minimo di valore (una sorta di franchigia che la Commissione e il *plenum* avevano fissato a 1'500 franchi, proposta che non trovò l'adesione del Governo). La tariffa ridotta è l'unico modo per ripartire gli oneri dell'insolvenza tra fornitori di prestazione e Stato, quando quest'ultimo ritiene comunque di dover intervenire quale ultimo pagatore, senza tuttavia innescare incentivi controproducenti e perciò sbagliati.

Dopo la mancata adesione del Governo, la discussione in Commissione della gestione e delle finanze ha evidenziato tutte le difficoltà che si incontrano nel trovare una soluzione che riesca a tenere adeguatamente conto dei molti e diversi diritti e interessi legittimi in gioco, come il diritto fondamentale alle cure indipendentemente dalle condizioni economiche, l'interesse dei fornitori delle prestazioni sanitarie a farsi pagare le prestazioni, il diritto degli assicurati corretti a non essere penalizzati dall'aumento dei premi dovuto all'ingiustificata inadempienza altrui, la non discriminazione tra fornitori di prestazioni sanitarie privati e pubblici (almeno laddove entrambi sono tenuti a fornire determinate prestazioni), l'interesse dello Stato a contenere le spese tramite incentivi alle diverse parti in causa, e l'interesse delle casse malati a non farsi carico degli inadempienti malati senza pari possibilità di incassare i premi di quelli sani.

Se la proposta governativa aveva mostrato subito qualche grosso limite, la maggioranza commissionale era ed è perfettamente consapevole che anche la sua soluzione non è certo ideale ma quanto meno ha il merito di mediare tra i diversi interessi in gioco.

Con la riduzione della quota a carico dei fornitori di prestazioni da 1'500 a 500 franchi si tiene conto delle perplessità del Consiglio di Stato, che comunque dovrà tornare a occuparsi della questione entro la fine di quest'anno, ritenuto che la soluzione proposta ha manifestamente carattere transitorio. Il Governo avrà così modo di valutare alcuni aspetti rilevanti che richiedono attenzione; ne cito solo alcuni:

- se non sia opportuno affidare l'applicazione di tutte queste norme a chi si occupa di assistenza pubblica, che già dispone di esperienza nel settore, piuttosto che a coloro che si occupano di assicurazione malattia, e ciò sia per quanto attiene al pagamento diretto di prestazioni sanitarie, sia per l'aspetto legato al regresso;

- se non siano eventualmente state sottovalutate le conseguenze per i Comuni, che variano a dipendenza che l'intervento dello Stato avvenga in base a disposizioni assistenziali oppure nell'ambito dell'assicurazione malattia;
- se non sia opportuno che la legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali [LAPS; RL 6.4.1.2] – strumento di coordinazione – sia usata anche come strumento per coordinare la copertura diretta di certe spese necessarie anche dal punto di vista dell'interesse pubblico, a cominciare dall'assicurazione malattia, visto che è comunque lo Stato a pagare i premi o le cure a chi dimostra di non essere in grado di provvedervi da solo nemmeno se riceve i soldi per farlo;
- se non sia utile l'introduzione di una tariffa ridotta rispetto a quella prevista dalla legge federale sull'assicurazione malattie [LAMal; RS 832.10], quando è lo Stato a pagare le prestazioni di cura, per moderare il rischio che il paziente scoperto diventi per il fornitore di prestazioni più appetibile di quello al beneficio di un'assicurazione.

Con queste considerazioni vi invito ad approvare il rapporto della Commissione e in particolare l'emendamento in questione.

BERTOLI M., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PS - Siamo chiamati oggi a tentare di trovare una soluzione al problema creato dall'introduzione nella LAMal dell'art. 64a, votato dalle Camere nel marzo 2005 ed entrato in vigore nel 1° gennaio 2006. L'articolo dice, al capoverso 3, che le persone che non pagano i premi e le partecipazioni e non hanno onorato interessi di mora e spese esecutive possono essere sospese dalle prestazioni della cassa malati. Al cpv. 4 l'articolo dice che queste persone non possono cambiare cassa, tranne che in pochi casi, segnatamente se cambiano Cantone (per ovvi motivi), se escono dal territorio nazionale (perché in questo caso non sono più obbligate a pagare la cassa malati per ovvie ragioni) e se trapassano (per altre evidenti ragioni). Negli altri casi restano "inchiodati" alla loro cassa malati. La LAMal dice anche, allo stesso articolo, che qualora la persona rifondesse alla cassa malati i premi, le prestazioni, le spese e gli oneri moratori non pagati, la cassa malati sarebbe tenuta a pagare le prestazioni sanitarie a suo carico maturate durante il periodo di sospensione.

Stiamo cercando una soluzione che propone in sostanza due binari: con il primo lo Stato si sostituisce alla cassa malati, pagando direttamente le prestazioni – seppure in maniera ridotta – delle persone sospese dalla copertura assicurativa; la seconda strada, che secondo la Commissione deve essere la strada d'emergenza, prevede di anticipare i costi della cassa malati, quindi garantire la copertura a chi si trova in situazione di sospensione, per poi procedere al recupero del possibile.

Questa soluzione non è soddisfacente. Secondo lo studio, di alcuni anni or sono, dell'economista zurighese Peter Zweifel (interessante benché non del tutto incontestato), nel nostro Paese i costi che una persona genera mediamente nella sua vita per la salute e che quindi vanno a carico della cassa malati si dividono in due parti: un 50% è pagato per i costi generati nel suo ultimo anno di vita, il rimanente 50% per tutti gli anni precedenti. Vera o falsa la tesi – ritengo sia vera in parte e che invece dell'ultimo anno si dovrebbe considerare l'ultimo periodo della vita – è evidente che in generale nel nostro sistema e con i nostri standard il deperimento fisico di una persona genera costi importanti, che crescono nell'ultima parte della vita. Se si opta per la prima opzione proposta dalla Commissione, a un certo punto converrà allo Stato pagare i premi, perché quando una persona è costretta ad andare in casa anziani (finanziata in parte con la cassa malattia), le fondazioni private – proprietarie in Ticino di quasi la metà dei letti nelle case anziani – o i Comuni chiederanno la copertura di cassa malati per pagare le spese di questa persona

che, se ricoverata in ospedale costerebbe ancor più. A quel punto lo Stato dovrà comunque anticipare tutti i costi dei premi, delle partecipazioni, degli interessi di mora e delle spese esecutive non pagate. E se nel frattempo avrà pagato in anticipo di tasca sua alcune prestazioni, pagherà due volte: oltre ai premi presenti e futuri, anche le prestazioni anticipate che altrimenti sarebbero state a carico della cassa malati.

Questa situazione ci porta a perorare la causa del Governo, ossia a valutare le due situazioni sul piano di parità ma sapendo bene che è più conveniente per lo Stato la soluzione dell'anticipo dei premi, non perché questa sia la volontà del mio gruppo ma perché questo è il "regalo" fattoci dalla Confederazione con l'articolo 64a; anche perché – lo dice l'articolo – non possiamo chiedere a queste persone di uscire dalla cassa malati in cui sono. In tal senso l'emendamento Giudici è illegale, perché chiede lo spostamento in casse malati meno care (quindi va contro il principio della libera scelta della cassa malati) e non rispetta il divieto di cambiare assicuratore fino alla rifusione dei debiti.

Chiedo al Gran Consiglio di fare un esame di opportunità e di comprendere che oggi, per volontà della Confederazione, siamo costretti ad andare verso una soluzione che, volenti o nolenti, prevede di pagare tutti i premi; chiedo anche di fare il possibile per recuperare quel che è possibile, perché se qualcuno non paga la cassa malati per cattiva volontà, è giusto e doveroso da parte dello Stato fare di tutto per recuperare i costi generati, con pignoramento di salario, di beni, eccetera. Se qualcuno invece non riesce a pagare perché in carenza di beni, siamo di fronte a una situazione diversa nella quale potrà intervenire la socialità, sebbene i tempi di intervento dei servizi sociali non siano rapidi.

Vi chiedo di sostenere la soluzione del Governo che garantisce la copertura assicurativa a tutti, uno dei principi della legge cantonale sull'assicurazione malattia prima che subentrasse nel 1996 l'obbligatorietà della LAMal. Eviteremmo inoltre problemi burocratici e oneri amministrativi inutili. Vi chiedo quindi di avere il coraggio di tornare indietro rispetto a una soluzione improvvisata come è quella votata il 29 gennaio.

Non torno sulla questione procedurale. Osservo però che il Governo non ha la possibilità prevista dalla Costituzione di dare o meno la sua adesione a questa nuova soluzione, perché voi avete deciso che sul nuovo progetto vi sarà una sola lettura mentre la Costituzione ne prevede due.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - La decisione assunta dal *plenum* sulla procedura si basa sull'articolo 64 della Costituzione: «*Se il Consiglio di Stato non ha dato l'adesione alla legge o al decreto legislativo, il Gran Consiglio procede ad una seconda deliberazione. Il Consiglio di Stato ha la facoltà di presentare le sue osservazioni entro un termine massimo di tre mesi*». Confermo che al termine di questa discussione e di votazione articolo per articolo del decreto legislativo non sarà chiesta l'adesione al Consiglio di Stato, il quale ha facoltà di ritirare il messaggio ma non di negare l'adesione.

BACCHETTA-CATTORI F., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO PPD - Chiarite le posizioni di ciascuno nel corso della discussione in prima lettura, penso sia opportuno ritornare entro i termini del tema, ossia la riduzione della franchigia da 1'500 a 500 franchi voluta dalla maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze per venire incontro a una serie di problemi emersi presso gli ospedali, i farmacisti, eccetera. Vogliamo responsabilizzare gli assicurati morosi, non avviare una discussione sul nostro sistema sanitario e sui sussidi di cassa malati.

Noi siamo chiamati a fare chiarezza. L'attuale misura è transitoria: resterà in vigore fino al 31 dicembre 2007, ossia ancora per i prossimi sei mesi. Vorremmo capire quanti fra gli otto o novemila assicurati morosi sono effettivamente in difficoltà e quanti non lo sono; per capirlo dovremmo stabilire quanti di essi ricevono comunque già un sussidio per i premi di cassa malati da parte del Cantone. A costoro si potrebbe eventualmente aumentare il sussidio, così che siano le stesse casse malati a pagare le prestazioni sanitarie. Ammettendo che sei o settemila assicurati ricevano già un sussidio, con alcune decine di franchi al mese ciascuno il problema è risolto.

Occorre comunque chiarire anche i rapporti fra le casse malati e lo Stato, perché non è normale – soprattutto nel presente caso – che per assicurati morosi già aiutati dallo Stato le casse malati incassino grazie ai sussidi dello Stato ma, proprio a motivo della morosità degli assicurati, non paghino loro alcuna prestazione sanitaria.

Noi aderiamo a questa soluzione che – è vero quel che dice il collega Bertoli – non è la migliore fra le possibili, ma è l'unica che ci permette di guadagnare tempo da qui alla fine dell'anno, di chiedere al Consiglio di Stato e per esso al Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) di fare chiarezza sulla tipologia degli assicurati che non pagano le prestazioni sanitarie o i premi di cassa malati, e soprattutto di trovare un'intesa con le assicurazioni di cassa malati come è avvenuto in altri Cantoni svizzeri.

BIGNASCA A., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO LEGA - Innanzitutto una considerazione personale: la mia firma sul rapporto non doveva esserci ed è quindi da ritenere inesistente.

Questo "guazzabuglio" è nato dalla decisione del Consiglio federale di introdurre l'art. 64a. Avevo proposto di aderire alla soluzione del Consiglio di Stato fino alla fine dell'anno, non perché la proposta primitiva fosse inaccettabile né a causa della complessità della successiva; d'altra parte nemmeno quella del Consiglio di Stato è perfetta, tutt'altro. Confidavo nel fatto che il Consiglio federale e la *lobby* delle casse malati ci avrebbero ripensato e sarebbero tornati sui loro passi; purtroppo, nel frattempo numerosi Cantoni romandi si sono accordati con Santésuisse risolvendo singolarmente il problema.

Ritengo che la maggior parte di coloro che non sono in grado di pagare premi o franchigie si trovi in grosse difficoltà economiche. Una semplice discussione sull'ammontare della franchigia e un intervento con valore temporaneo fino al 2007 non ha senso: per questo motivo la Lega non voterà il rapporto.

Dato che il Consiglio federale ha dichiarato di non voler tornare sui propri passi – e questo nonostante una votazione risicata agli Stati – siamo costretti ad accettare la sua proposta, "benedetta" da Santésuisse. La miglior soluzione per il Ticino è seguire la strada percorsa dai Cantoni romandi, motivo per cui invito il Consiglio di Stato e per esso la Direttrice del DSS a trattare con le casse malati, anche perché il Cantone già paga senza controllare se tra i sussidi versati vi siano soldi destinati agli assicurati senza copertura sanitaria; si tratta di 8 milioni intascati dalle casse malati senza che vi sia alcun rischio aziendale. La trattativa non dovrebbe rappresentare un problema, trovandosi lo Stato in posizione vantaggiosa (è quello che paga), ma si fa vieppiù pressante, perché il 31 dicembre si avvicina e non si vedono alternative.

Voglio rassicurare il collega Bertoli a proposito della questione procedurale: il relatore ha contattato il Consiglio di Stato, il quale ha risposto di non concordare su questa seconda soluzione alla quale non aderirà. Se però essa sarà accettata dalla maggioranza del Parlamento – senza il mio voto – dovremo tenercela.

CHIESA M., INTERVENTO A NOME DEL GRUPPO UDC - *«Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi o le partecipazioni ai corsi, e se è già stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni finché i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente».* È questa la modifica della LAMal entrata in vigore il 1° gennaio 2006.

Ammesso – e concesso – che la legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario [Lsan; RL 6.1.1.1] stabilisce l'obbligatorietà delle cure e delle prestazioni sanitarie urgenti, indipendentemente dalla copertura assicurativa o dalla capacità del paziente di pagare, dobbiamo tuttavia considerare che il principio enunciato all'art. 20 del disegno di legge proposto nel messaggio non migliora la responsabilizzazione dell'assicurato e apre la strada, a chi ne voglia approfittare, a consapevoli abusi.

A seguito di quanto detto, l'Unione democratica di centro ritiene che, anche alla luce dell'importo e del numero dei sussidi di cassa malati erogati dal Cantone e del sostegno sociale offerto ai meno abbienti, la franchigia di 500 franchi proposta nel rapporto commissionale del 12 giugno 2007 possa essere ritenuta equa per gli assicurati e per i fornitori di prestazioni. Fornitori (penso ad esempio ai farmacisti) ai quali imporremo loro malgrado – questo bisogna dirlo – una beneficenza forzata.

Detto ciò, nostro compito è altresì chiederci se tale importo minimo non rappresenti un vero e proprio disincentivo a pagare i premi assicurativi da parte di chi, in maniera deliberata e irrispettosa verso coloro che malgrado lo sforzo finanziario adempiono i loro compiti, e cosciente della presa a carico dello Stato, non paga volutamente i premi assicurativi. A questo proposito, proprio per evitare che qualche moroso in malafede approfitti, a scapito di tutta la popolazione, della socialità e della sanità del nostro Cantone, è necessario a nostro avviso dotarsi di una procedura volta a garantire il recupero di quanto anticipato, in maniera autonoma o appaltandone il mandato all'esterno, allo scopo di riassorbire le spese anticipate e sollecitare il pagamento dei premi da parte di chi non si trova in carenza di beni. Se così non fosse, prima che la legge faccia le sue prove e si riesca a partorire un elefante e non un topolino, lo Stato accumulerà una montagna di costi. E si tratta di spese che troppo spesso non vanno a favore solo dei meno abbienti ma anche di coloro che intendono trarre un indebito beneficio da questo difetto di legge.

Riteniamo infine alquanto discutibile, anzi una vera distorsione del sistema, il fatto che gli assicuratori di cassa malati incassino denaro statale sotto forma di sussidi di assicurazione malattia (si prevedono 8 milioni) e sempre gli stessi si possano arrogare il diritto di sospendere l'assunzione dei costi. Dei due l'uno: l'uovo o la gallina.

Termino il mio intervento portando l'adesione, non entusiastica e comunque critica, al rapporto di maggioranza della Commissione della gestione e delle finanze.

GUIDICELLI G. - Sul tema oggetto del messaggio che stiamo esaminando ero già intervenuto durante la seduta del 29 gennaio scorso, e in quell'occasione avevo sostenuto, unitamente all'ex collega di Gran Consiglio Adobati, la soluzione proposta dal Consiglio di Stato, invitando nel contempo lo stesso Consiglio di Stato ad adoperarsi per meglio comprendere i motivi del preoccupante numero di assicurati morosi e di attivarsi affinché il problema fosse risolto a livello federale, rivedendo la modifica della LAMal approvata dal Consiglio nazionale ed entrata in vigore il 1° gennaio 2006 che ha generato questo notevole incremento del numero di persone escluse dall'assicurazione di base.

Le soluzioni prospettate nel rapporto di maggioranza e in quello di minoranza non mi avevano convinto perché rispondevano solo parzialmente, e con visioni opposte, a un

problema complesso e di difficile lettura. Rilevo ora che il partito socialista e la Lega hanno cambiato posizione: anche loro ora sostengono il messaggio del Consiglio di Stato. Se tale cambiamento di posizione fosse giunto allora, si sarebbe potuta formare quella maggioranza che avrebbe consentito di approvare la soluzione prospettata dal Consiglio di Stato.

Il rapporto aggiuntivo della Commissione della gestione e delle finanze, che modifica la soluzione votata la volta scorsa solo nell'abbassamento della franchigia a carico dei fornitori di prestazioni, rafforza unicamente la mia convinzione che si tratta di una soluzione improvvisata, di difficile applicazione e che non dà una risposta soddisfacente al problema.

Non è facile comprendere per quale motivo in Ticino vi siano quasi diecimila persone che non pagano i premi dell'assicurazione malattia, soprattutto perché riteniamo di avere una rete di protezione sociale che dovrebbe intervenire con sussidi mirati a sostegno delle persone e delle famiglie con redditi insufficienti. È quindi importante analizzare nel dettaglio questo fenomeno per scoprire se questa nostra rete di protezione presenti qualche buco. Avere a disposizione una fotografia chiara che illustri chi sono gli assicurati insolventi ci permetterà di intervenire in modo mirato, tappando ad esempio eventuali buchi nella citata rete.

Per questo motivo, a inizio mese ho inoltrato un'interrogazione¹, sottoscritta da alcuni colleghi, che chiede in maniera dettagliata quanto vi ho esposto ora. Auspico che una risposta giunga in tempi brevi, perché qualsiasi soluzione che il Gran Consiglio adotterà dovrà essere provvisoria, in attesa di trovare soluzioni definitive destinate a chi si trova in un'autentica difficoltà nel pagare i premi dell'assicurazione malattia. Invito inoltre il Consiglio di Stato a valutare le possibilità di stipulare un accordo a livello cantonale con gli assicuratori malattia, sul modello di quanto già hanno fatto altri Cantoni. Ad esempio, il Cantone di Basilea Città ha stipulato con Santésuisse un accordo sulla base di una soluzione forfetaria.

Per questa ragione ribadisco il mio sostegno al messaggio del Consiglio di Stato e non appoggerò di conseguenza il rapporto della Commissione della gestione e delle finanze.

RIGHINETTI T. - Quando qualcosa riesce male al primo colpo è sempre difficile porvi rimedio: di solito si finisce con il pasticciare e proporre soluzioni inadatte al caso. In virtù dell'articolo 64a LAMal le casse malati non sono più obbligate a rimborsare gli assicurati morosi; la situazione si è deteriorata al punto che in Ticino pare ci si stia avvicinando ai diecimila casi di morosità, una cifra enorme!

Si tratta comunque di una questione "di lana caprina". Assodato che la clausola di urgenza va rispettata – e non risulta che i sanitari ticinesi l'abbiano mai disattesa – occorre distinguere tra chi non può e chi non vuole pagare il dovuto. Nel primo caso nessuno contesta l'intervento dello Stato, indispensabile e dovuto: semmai è difficile stabilire se e quando sia necessario assumersi l'onere. Nei confronti dei secondi invece, complice una certa difficoltà di ordine amministrativo dello Stato (sembra esserci insufficienza di personale), non si è mai agito con determinazione e rigore. Ho personalmente avanzato la proposta di incaricare uffici di incasso esterni che si autofinanzerebbero e sarebbero meno teneri con i morosi.

¹ Interrogazione no. 143.07: Assicurati insolventi: conoscere per valutare gli interventi, Gianni Guidicelli, 06.06.2007.

La soluzione oggi in esame, fatta propria dal Parlamento in gennaio e rifiutata dal Consiglio di Stato, è stata modificata in modo semplicistico abbassando la franchigia da 1'500 a 500 franchi; una soluzione accolta dalla Commissione della gestione e delle finanze e in particolare da chi vi parla solo perché è necessario coprire un vuoto giuridico fino al 31 dicembre 2007. D'altra parte, il vecchio rapporto votato in gennaio introduceva quella parità di trattamento fra pubblico e privato che il messaggio governativo voleva eliminare; tale conquista era estremamente interessante e andava mantenuta a ogni costo.

Tutti i prestatori d'opera, pubblici e privati, si sono espressi in modo negativo. Una delle ragioni a sostegno della franchigia, ribadita ancora in Gestione, afferma che ogni professione deve assumersi determinati rischi economico-finanziari, e su questo principio siamo d'accordo. Nel caso in discussione però non si tratta del rischio effettivamente intrinseco in tutti i commerci, poiché in luogo di una probabilità ci troviamo di fronte alla certezza di una perdita secca, tanto più grave per quelle professioni che, oltre a fornire prestazioni intellettuali, forniscono merci (si pensi ad esempio ai medicinali, alle analisi mediche e ad altro) per cui il professionista sanitario paga l'acquisto per poi fatturare la prestazione al cliente.

D'altra parte, non sarebbe neppure opportuno eliminare l'art. 64a LAMal, perché ciò andrebbe a discapito delle persone oneste che pagano regolarmente: il pericolo di un aumento dei premi delle casse malati in caso di abrogazione di questo articolo è probabilmente alla base del ragionamento accolto alle Camere federali.

La sinistra vorrebbe che lo Stato anticipasse i premi, procedendo poi al loro recupero in via esecutiva: una posizione interessante ma che non ha avuto successo quando è stata applicata. Fermo restando il dovere da parte dello Stato di garantire l'assistenza ai suoi cittadini che non possono pagare per provata indigenza, occorre individuare una via praticabile e corretta. Il signor Bruno Cereghetti, responsabile del settore, ha spiegato in Commissione come si risolve il problema in alcuni Cantoni della Svizzera romanda (ma ne ha parlato oggi anche il collega Attilio Bignasca): è stata sottoscritta una convenzione con le casse malati (con Santésuisse), le quali si impegnano a non sospendere ai morosi alcuna prestazione e, come contropartita, lo Stato assicura il rimborso dei sospesi al momento in cui sarà dichiarata la carenza beni. Un sistema apparentemente pulito ma caro per le finanze cantonali; un sistema però che farebbe chiarezza e giustizia. Vorrei sapere dalla Consigliera di Stato cosa ne pensa l'Esecutivo cantonale.

So che i prestatori d'opera possono, grazie all'informatica, individuare in tempo reale chi è stato privato delle prestazioni delle casse malati e, mantenuta la clausola dell'urgenza, le forniscono solo previo pagamento in contanti. La soluzione che si prospetta è realistica: forse dura ma efficace ed educativa, e dovrebbe mostrare all'utente quale sia il comportamento corretto da tenere.

La Commissione della gestione e delle finanze ha chiesto al Consiglio di Stato una certa quantità di dati interessanti, purtroppo non resi noti; si vorrebbe in particolare sapere quanti dei diecimila morosi beneficiano di un sussidio di cassa malati, e altre informazioni che potrebbero indicare la via da seguire. Via che occorre individuare in soli sei mesi, data la scadenza relativa al sistema che voteremo *oborto collo* fissata al 31 dicembre 2007.

Oltre ad attendere con interesse le risposte della Direttrice del DSS, non posso che terminare rivolgendo al Consiglio di Stato e ai suoi servizi un invito a mettersi celermente al lavoro. Il rapporto è firmato da dodici commissari; mancano dunque cinque firme: quattro socialisti che hanno dato ampie spiegazioni e un membro del PPD probabilmente assente. Vedo che i tre rappresentanti leghisti hanno firmato tutti; non so dire se vi sia un

errore, una forzatura o se vi sia stata in seguito una consegna divergente dall'opinione espressa in Commissione.

BIGNASCA A. - Tengo a precisare che non essendo io presente quel giorno non potevo firmare il rapporto!

QUADRI L. - Il problema degli assicurati cui la cassa malati ha sospeso la copertura per mancato pagamento dei premi rappresenta una bomba a orologeria, poiché i "sospesi" – chiamiamoli così – sono circa diecimila e il loro numero, dopo quel che sembrava un rallentamento, ha ripreso ad aumentare.

La sospensione è di fatto un processo irreversibile. Il debito nei confronti della cassa malati cresce con grande rapidità, diventando ben presto insanabile: sappiamo che solo l'1-2% circa dei sospesi riesce a rientrare nella copertura. L'introduzione della sospensione per gli assicurati morosi, ossia il famigerato art. 64a LAMal, sta provocando una deriva preoccupante: in Ticino vi sono famiglie che si indebitano ricorrendo al piccolo credito (i cui tassi d'interesse come sappiamo sono molto vicini all'usura) per riuscire a pagare i premi di cassa malati e non incorrere nella sospensione della copertura assicurativa. In altre parole, un numero crescente di persone si indebita per pagare un'assicurazione sociale. Questa è una vera e propria aberrazione che dovrebbe far suonare non uno ma innumerevoli campanelli d'allarme.

Tra quanti si sono visti sospendere la copertura di cassa malati vi sono alcuni casi di persone gravemente malate, sebbene per il momento nella maggior parte dei casi si tratti di persone sane. Per il momento, appunto, perché se il quadro legislativo federale non cambierà – e a livello federale tale intenzione non si è manifestata – nei prossimi decenni i sospesi che oggi sono più o meno giovani e sani saranno ancora sospesi, avranno un debito nei confronti dell'assicurazione malattia che avrà raggiunto livelli molto elevati, ma non saranno più sani, bensì anziani e malati. Ci troveremo quindi a un certo punto di fronte a un'esplosione del numero di persone bisognose di cure mediche ma prive della copertura assicurativa. Se già oggi, con la maggior parte dei sospesi in buona salute, ci si trova a dover fronteggiare una situazione di emergenza, immaginiamoci cosa accadrà quando la maggior parte dei sospesi sarà malata.

Cosa fare davanti a tale situazione? Per ora non ci sono speranze, a quanto pare, che la Confederazione stralci l'art. 64a LAMal; essa ha originato il danno, ma le conseguenze sono state riversate sui Cantoni, e ora sta a noi gestirle.

Come? A mio giudizio il primo intervento dovrebbe essere il ripristino dei sussidi di cassa malati allo stato anteriore ai tagli, dato che l'allarmante numero di persone che non riescono a pagare i premi di assicurazione malattia e si trovano pertanto senza copertura – come detto, tendenzialmente a vita – dimostra che il taglio ai sussidi è stato una scelta sbagliata. Per risparmiare bisognava piuttosto migliorare i controlli nei confronti degli approfittatori, che certamente esistevano e ci sono ancora; invece si è scelto il taglio lineare che penalizza tutti, compresi i bisognosi. Il risultato è ad esempio la decisione di una recente sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni, per cui una madre con due figlie maggiorenni a carico e con un reddito mensile lordo inferiore ai 2'500 franchi non riceve sussidi di cassa malati perché risulta essere una persona sola.

La soluzione proposta dal rapporto su cui ci apprestiamo a votare è a mio giudizio una non soluzione. Al di là del fatto che l'unico sistema per uscire dalla situazione attuale resta l'abrogazione dell'art. 64a LAMal, pur non essendone entusiasta ritengo in conclusione

che quella proposta dal Governo, seppur con alcune pecche, sia comunque la soluzione preferibile. Ancora migliore sarebbe stata quella proposta dal rapporto di maggioranza di dicembre, che però non è in discussione, quindi scegliendo il male minore opto per la soluzione governativa, voterò no al rapporto che stiamo discutendo e invito questo Parlamento a fare altrettanto.

GHISLETTA R. - Avendo noi sempre sostenuto il sistema in uso in Romandia, vorrei innanzitutto accennare a quel che accade in quella regione nei casi in cui ci si prende gioco delle norme. I Cantoni romandi pagano i premi solo in presenza di un attestato di carenza beni; fino a quel momento il compito dell'incasso compete alle casse malati. Esse avviano la procedura di incasso per via esecutiva quando possibile, altrimenti si giunge all'emissione di un attestato di carenza beni. Questa è la realtà romanda, che noi abbiamo sempre difeso e che pensiamo essere la soluzione migliore perché permette di contrastare coloro che seguono sistemi disonesti.

Il rapporto e il testo di legge su cui stiamo discutendo crea a mio parere confusione, chiamando alla cassa operatori sanitari quali i farmacisti e creando problemi a quei pazienti che, dimessi dagli ospedali e dalle cliniche psichiatriche, necessitano di farmaci senza però essere in grado di pagarli. È assurdo pensare che un farmacista sia disposto ad assumersi i costi generati da quei pazienti, sapendo che non saranno mai rimborsati: in tal modo si creano disagi a persone che si trovano nel bisogno sia in conseguenza a cure psichiatriche, sia per altri tipi di cura.

Inoltre, il decreto proposto nella prima versione da Mauro Dell'Ambrogio, ha tolto la possibilità di regresso sulle casse malati nel caso in cui il Cantone paghi i premi, e tolto l'art. 21 cpv. 2 concernente l'anticipo dei costi di determinate prestazioni; è stato poi inserito l'art. 83a anticipando l'effetto retroattivo dal 30 al 1° giugno, con un conseguente aumento dei costi a carico del Cantone.

Mi sembra una soluzione raffazzonata che non tiene conto dei meccanismi. A nostra opinione la soluzione migliore resta quella adottata dai Cantoni romandi, e in via subordinata contavamo che si potesse trovare un accordo attorno alla soluzione del Consiglio di Stato. Purtroppo il PPD non è presente a sostenere la causa di 8'500 assicurati insolventi, gli unici a rimetterci nel caso passi questo decreto malfatto. Se vogliamo combattere i "furbi" potenziamo l'Ufficio esazione e condoni o diamo mandati esterni a società di incasso, ma non mettiamo a rischio la situazione delle persone più deboli.

PANTANI R. - Lo Stato deve garantire un'assistenza sanitaria efficiente e paritetica per tutti i cittadini: questo dice la Costituzione svizzera. Questa situazione che definirei kafkiana, in cui si cerca denaro dove non ve n'è e si distribuisce a chi ne ha, pone alcuni problemi. Vorrei sapere dalla Consiglieria di Stato:

- quanto costa allo Stato la burocrazia necessaria all'imposizione della franchigia di 500 franchi?
- come si fa a esigere la riscossione di una franchigia da persone che sono in carenza di beni?
- perché lo Stato continua a versare contributi ad assicurati morosi che non ricevono alcuna assistenza né altra contropartita dalle casse malati?
- infine, se si abolisse la franchigia e gli assicurati morosi fossero obbligati a usufruire di servizi pubblici, quanto tutto ciò verrebbe a costare e quanto invece potremmo

risparmiare eliminando tutti i contributi versati alle casse malati per coloro che in contropartita non ricevono alcuna prestazione?

Esistono persone morose in malafede, ma una soluzione a questo problema esiste: lo Stato dovrebbe mettere in atto un controllo incrociato, in collaborazione con la Divisione delle contribuzioni, per verificare il loro stato finanziario effettivo. In un mio precedente intervento avevo sottolineato l'esistenza di persone al beneficio di sussidi per la cassa malati nonostante un reddito disponibile annuo di ben oltre 150 mila franchi. Abbiamo poi casi come quello citato dal collega Quadri che non ricevono alcun sussidio. E questo è grave.

A questo punto è inutile insistere: abbiamo proposto una nostra soluzione che prevede una cassa malati cantonale e una parità per tutti, conveniente anche per lo Stato, perché considerati tutti i contributi versati in Ticino per la sanità, i 461 milioni di franchi dati alle casse malati, avremmo risolto tutto.

Purtroppo il Parlamento, posto di fronte a proposte sensate, si perde in inutili discussioni; ciò porta a trovarci di fronte a situazioni come questa, che nessuno dei presenti avrebbe mai auspicato. Non voterò un rapporto redatto in questi termini, che sarebbe stato preferibile non avere.

CAIMI C. L. - Sostengo il messaggio governativo, non il rapporto della Commissione della gestione e delle finanze sulla base di alcune riflessioni. Avevo votato in precedenza la soluzione che prevedeva la franchigia di 1'500 franchi; devo dire che a volte può essere cosa buona cambiare idea riguardo al meccanismo che stava alla base di essa, anche perché vi è stata una riflessione su tale meccanismo, che si è dimostrato non poter funzionare a livello pratico. La soluzione della franchigia a 1'500 franchi si è rivelata impraticabile anche sul piano tecnico, nessun professionista sanitario si è mostrato disponibile ad assumersi un tale onere ed è quindi necessario chiedersi se il sistema sia o meno buono.

La stessa riflessione mi porta a dire che la cosiddetta franchigia – che tale non è in senso proprio – di 500 franchi accollata all'assicurato o al malato, non cambia i termini della questione. Se ci immaginiamo un caso concreto, ad esempio di un farmacista con un centinaio di pazienti in disagio finanziario e con un costo dei medicinali di livello medio (soprattutto in caso di pazienti cronici), l'importo di 500 franchi si raggiunge molto in fretta, e nessun professionista oserebbe accollarsi un costo aziendale di 50'000 franchi, cosa peraltro normale e indipendente da ogni ideologia. Il discorso può essere esteso ai medici. Raramente ci si è ritrovati confrontati con una tale mancanza di dati attendibili su cui prendere decisioni e legiferare. Ero sconcertato al momento della prima votazione e lo sono circa i nuovi dati sugli assicurati morosi, le cui cifre sono passate dai 5'000 ai 7'500 fino agli attuali 10'000. Le motivazioni alla base dell'atto parlamentare del collega Guidicelli, da me sottoscritto, mirante ad avere dati più o meno attendibili, sono fondamentali per potervi costruire qualsiasi ragionamento: oggi noi stiamo legiferando senza sapere quale sia la vera portata, in termini di migliaia di persone, del problema.

In secondo luogo, non si distingue fra una morosità colpevole e una incolpevole. Se una persona si ritrova in una situazione di disagio per cui non è in grado di far fronte anche a queste necessità di carattere sanitario, credo non vi sia nessun motivo di introdurre la cosiddetta franchigia. Per contro, non ha senso un limite comune di 1'500 franchi se la morosità è colpevole: non ha senso equiparare queste persone a quelle che non riescono neanche volendo a pagare le proprie fatture.

Qualunque soluzione proposta nel tentativo di uscire dall'*impasse* creata dall'applicazione di una norma federale che non piace a nessuno, con la situazione di carenza d'informazione o di inattendibilità di dati in cui ci troviamo, è destinata a non essere buona. La soluzione del Consiglio di Stato, rimeditata, è la "meno peggio" fra quelle esaminate finora. Non è una bella soluzione – sono il primo ad ammetterlo – perché non mi aveva convinto la prima volta e non lo fa ora; tuttavia crea meno problemi rispetto a quella avanzata dalla Commissione della gestione e delle finanze. Ritengo che avere il coraggio di cambiare il proprio punto di vista, sulla base di queste riflessioni, sia possibile, come credo sia giusto in Parlamento sottoporre tali dubbi ai colleghi e chiedere loro di fare una riflessione.

Concludo sostenendo il messaggio del Consiglio di Stato, non con entusiasmo ma perché mi sembra il "meno peggio" fra le varie soluzioni.

SALVADÈ G. - Siamo tutti perplessi di fronte a due ipotesi di soluzione inadeguate, eppure abbiamo il compito di scegliere fra esse. Nella discussione precedente abbiamo sostenuto la limitazione della copertura assicurativa per gli assicurati in beneficio di carenza beni, soluzione a nostro vedere pulita. Eravamo invece contrari a una soluzione che imponesse una franchigia perché è inutile pretendere il pagamento da parte di persone con problemi finanziari, sia essa di 500 o di 1'500 franchi.

Torniamo alla soluzione del Consiglio di Stato, la migliore tra le due perché permette di interrompere il circolo vizioso dei debiti che si accumulano, difetto principale del rapporto commissionale in discussione. Secondo logica è più conveniente interrompere da subito tale circolo vizioso.

PESENTI P., DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - La soluzione del Consiglio di Stato non è certo perfetta – non piace neppure a me – ma è appunto la "meno peggio". Tutte le altre versioni vanno in senso peggiorativo.

Parto dalla considerazione che la sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal è stata voluta da una specifica modifica di legge federale, in vigore dal 1° gennaio 2006, rivelatasi una vera calamità in tutti i Cantoni per le persone da essa toccate e per i Cantoni stessi. Purtroppo – occorre dirlo in modo chiaro e lo abbiamo detto come Conferenza dei Direttori della sanità e come Commissione LAMal a livello nazionale – la Confederazione ha creato un problema non solo finanziario per i Cantoni ma di rilevanza sociale, e non ha voluto né vuole tutt'ora dare nessuna indicazione su come affrontarne gli effetti.

Avete evidenziato che in alcuni Cantoni ci si è accordati per risolvere il problema. Tali accordi – secondo le informazioni ricevute dai miei colleghi – sono stati stipulati su base forfetaria a partire dall'ultima spesa conosciuta del Cantone con il sistema precedente al 1° gennaio 2006; quella somma è versata agli assicuratori malattia, con aumenti qua e là perché aumentano i sospesi di mese in mese anche negli altri Cantoni, ma la somma di partenza resta quella citata. Il Cantone Ticino ha voluto fare qualcosa di molto diverso; qualora voi chiedeste di arrivare a un accordo forfetario con Santésuisse e quindi di spendere la somma di cui sopra, non avrei niente in contrario, essendo questa la strada più semplice.

Ma si tratterebbe della strada sbagliata, perché non tiene conto di chi non paga il premio di cassa malati o le partecipazioni ai costi pur potendo farlo, o di chi invece è escluso dal sistema per concrete difficoltà finanziarie. Di un accordo con Santésuisse si può comunque discutere: tuttavia, la nota di Bignasca sul presunto vantaggio, in una

discussione, di colui che paga, vale come regola generale ma non si applica agli assicuratori malattia.

Se dovessimo entrare in trattativa, l'ordine di grandezza della spesa preventivabile ammonterebbe a 10-11 milioni di franchi annui, destinati a crescere di mese in mese. Per contro, con la sua proposta, il Governo intendeva far approvare un credito annuale fra i 3 e i 4 milioni, con un notevole rientro della spesa destinata a coprire i costi generati dalle persone insolventi. Il ridimensionamento della spesa è un obiettivo che il Governo si era fissato al momento di avviare la stesura del messaggio; si intendeva procedere nel rispetto di un criterio di equità, cercando di mostrare sensibilità nei confronti di tutti i cittadini, anche di coloro che non pagano i premi per dimenticanza, negligenza o colpa. Si è giunti perciò a queste soluzioni:

- pagare i premi a tutti i minorenni (si tratta di meno di 100 franchi al mese), che devono essere coperti indipendentemente dalle responsabilità dei genitori;
- nessuno deve perdere la vita per mancanza di cure, pur nel rispetto dell'art. 64a; occorre infatti evitare a tutti i costi che si arrivi a correre tale rischio, che scatenerrebbe un'ondata di indignazione nella cittadinanza.

La soluzione da noi proposta è semplicissima: dobbiamo applicare l'art. 64a che permette di fatto agli assicuratori di creare in Svizzera un sistema "all'americana", ossia passando da un sistema universale di copertura (in cui tutti sono obbligati ad essere assicurati e chi non riesce a pagare è aiutato dallo Stato tramite i contributi LAMal, ovvero in cui tutti contribuiscono all'assicurazione malattia) a un sistema in cui chi non paga il premio è sospeso – io dico che è "buttato fuori" – dal sistema universale di copertura. Si crea una particolarità che ci assimila più agli Stati Uniti che a tutti gli altri Stati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo in Europa (OCSE), e ai Paesi europei.

La nostra soluzione cercava di non mettere nessun cittadino nella condizione di peggiorare la propria salute fino al rischio della vita a causa dell'introduzione di questo articolo. Si intendeva aiutare i cittadini limitatamente alle cure di prima necessità: di lì veniva il risparmio. Era altresì lo spunto per stabilire quali fossero veramente cure di prima necessità, compito che non può essere affidato a qualsiasi operatore sanitario, il quale verrebbe a trovarsi in una posizione impossibile: nell'esempio fatto poc'anzi da Righinetti, un medico o un farmacista che si trovasse veramente a dover scegliere se un suo paziente ha bisogno di una determinata cura (se questa sia di prima necessità, perderebbe il sonno al pensiero delle eventuali conseguenze derivanti dalle proprie scelte; piuttosto egli deciderà di curare tutti sopportandone i costi.

Per questo motivo si intendeva incaricare le strutture di pronto intervento di definire cosa fosse "cura di prima necessità". Un compito peraltro estremamente difficile a priori, al momento stesso di prestare una cura, mentre diventa più semplice a posteriori; ma un compito che all'Ente ospedaliero erano pronti ad assumersi. Invece, ampliando a dismisura la cerchia degli attori autorizzati a compiere la scelta si sarebbe generata un'esplosione dei costi, proprio a causa dell'incertezza e del rischio che essa comporta e della prevedibile prudenza di medici, farmacisti, eccetera a escludere i pazienti dalle cure. Non era però questo il senso dell'art. 64a, mirato piuttosto al contenimento e alla riduzione delle spese sanitarie.

Non credo che la nostra soluzione si possa definire la migliore. Tutti i Cantoni con una forte spesa assicurativa hanno trovato accordi con gli assicuratori, a costi altissimi; verosimilmente si è ritenuto che il debito pubblico fosse in grado di sopportarli. Nel caso del Ticino ciò implicherebbe una spesa tripla rispetto alla proposta del Governo. Secondo le cifre fornitemi da Bruno Cereghetti, gli assicurati sospesi sono 9'223 (cifra aggiornata a ieri), cui si aggiungono 150 persone sospese, una cifra indicativa dovuta alla mancata

precisazione da parte delle casse malati del numero di sospensioni che una singola pratica coinvolge. Si parla quindi di circa 9'400 sospesi in Ticino, numero che cresce di mese in mese. Risponderemo al più presto all'interrogazione Guidicelli, che pone un problema assai interessante. Sulla base dell'esperienza diretta si può però sin d'ora affermare – secondo l'Ufficio dell'assicurazione malattia – che *«si tratta di persone di livello socioeconomico basso, spesso con rilevanti difficoltà nel gestire anche gli affari ordinari quotidiani»*. Sono comunque persone di buona salute. Con la soluzione del Consiglio di Stato la spesa per la cura di queste persone in caso di necessità si rivelerebbe contenuta. Tuttavia, le malattie segnalate sono in genere gravi (malattie oncologiche, cardiovascolari, AIDS o malattie croniche importanti); in alcuni casi si è trattato di interventi di trapianto. Nella risposta all'atto parlamentare saremo comunque più precisi. Di fronte a casi del genere il Governo ritiene che la soluzione più vantaggiosa sia il pagamento della cura o dei premi: meglio pagare anche un anno di premi per una cifra di 3'000 franchi piuttosto che un trapianto per 100 mila. La decisione di lasciare aperte le due opzioni si spiega appunto con l'interesse finanziario che ne deriva per il Cantone.

È stato più volte ricordato in quest'aula che la Confederazione non intende modificare l'art. 64a. La Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità ha sottoposto due varianti di modifica della legge federale che non sono state degne della minima attenzione. Il 24 aprile di quest'anno la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale, con dodici voti a favore e dodici contrari e con il voto preponderante del presidente Triponez, ha escluso di entrare nel merito di una modifica legislativa. È comunque interessante osservare che la Commissione era divisa a metà. Il Consiglio degli Stati, con diciotto voti contrari e otto favorevoli, ha respinto il postulato Gisèle Ory² che chiedeva in particolare di studiare la possibilità di abrogare questo articolo. Nel Parlamento federale esiste quindi una maggioranza non netta a favore dell'articolo in questione, ma il Consiglio federale ha escluso ogni ipotesi di modifica della legge.

Mi rendo conto che sarà impresa ardua riuscire a convincervi a tornare sulla proposta governativa; non è avvenuto la volta scorsa. Anche nella versione odierna si riconfermano tutti gli aspetti problematici che hanno portato il Consiglio di Stato a non aderire alla decisione parlamentare di gennaio, con l'aggravante – sottolineo – che attraverso i ritocchi contenuti nel nuovo rapporto commissionale le finanze pubbliche escono oggi peggiorate, anche in ragione della riduzione dell'importo messo a carico dei fornitori di prestazioni riconosciute. Il Consiglio di Stato vi invita a riconsiderare la precedente decisione in materia e a seguire la soluzione iniziale proposta dal Consiglio di Stato nel messaggio no. 5810 del 5 luglio 2006.

Lasciando cadere il termine di riconoscimento delle pretese degli assicuratori malattie per i crediti scoperti anteriori al 2006 (termine stabilito al 30 giugno 2006 con l'articolo 83a del messaggio) la spesa a carico dello Stato aumenta e non di poco, altro motivo per cui il Governo non ha dato la sua adesione. Anche se oggi non ci è più possibile farlo, vi rendiamo attenti sul fatto che l'aggravio di spesa supera i 5 milioni di franchi solo per questo singolo punto.

L'aspetto di ordine pratico forse più delicato è quello dei tempi. Nelle sue conclusioni la Commissione ripropone lo scenario approvato dal Gran Consiglio, con un vincolo: *«Fermo restando il limite della durata dei provvedimenti al 31 dicembre 2007»*. Tale vincolo è impraticabile. Ammettendo l'approvazione della novella legislativa e tenuto conto dei termini necessari perché cresca in giudicato, la messa in cantiere del modello (di cui

² Postulat 07.3009, Gisèle Ory, *Effets de l'article 64a LAMal*.

riconoscerete la complessità) esige tempi tecnici importanti: saranno necessari un regolamento di applicazione e una modulistica speciale, si imporranno modifiche nell'informatica, si dovranno coinvolgere gli assicuratori e i fornitori di prestazioni; questi ultimi dovranno fornire prove del mancato incasso presso l'assicurato (atto di carenza beni, dichiarazione di insolvenza). Tenuto conto di tutto ciò e con un certo ottimismo, con un'approvazione legislativa in data odierna i primi pagamenti avverranno nella tarda primavera del 2008; in altre parole, la legge che il Gran Consiglio voterebbe oggi sarebbe caduca ancor prima di entrare in vigore. Il Governo si chinerà volentieri sulla materia prima del 31 dicembre 2007, ma lo farà senza fare esperienza della normativa che voi mettete in vigore.

Rispondo volentieri al deputato Pantani dicendo che rendere effettivo tutto ciò e controllare il pagamento della franchigia presuppone un grosso impegno burocratico, così come concordo sul dubbio sollevato circa coloro che non riescono a pagare il premio di cassa malati e che sarebbero chiamati anche a pagare la franchigia: si arriverà a una procedura di riscossione che sfocerà nei casi più rapidi in un attestato di carenza beni.

Il Governo ribadisce in modo chiaro che con i ritocchi proposti oggi il quadro problematico emerso a gennaio peggiora. E peggiora anche l'art. 25 della legge sull'assistenza sociale [RL 6.4.11.1], modificato da noi per far in modo che tutti i versamenti per l'assicurazione malattia delle persone in assistenza andassero direttamente alla cassa malati senza il tramite dell'assicurato. Il testo originale che recitava «*i pagamenti delle prestazioni in denaro sono di regola effettuati dall'autorità competente direttamente all'assistito o al suo rappresentante legale*» era stato da noi completato così: «*fatta eccezione per il pagamento del premio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie versato direttamente all'assicuratore*». Il testo da voi modificato recita invece: «*i pagamenti delle prestazioni sono di regola effettuati dall'autorità competente direttamente ai fornitori d'opera*». C'è forse stato un malinteso, perché lo Stato non può versare il denaro dell'assistenza direttamente ai fornitori d'opera.

DUCA WIDMER M., PRESIDENTE - Preciso che si sta trattando il disegno di legge così come è uscito dalla prima lettura, cioè il rapporto di maggioranza presentato la volta precedente e accettato dal Parlamento, sul quale il Consiglio di Stato non aveva dato la propria adesione. Su questo testo uscito dalla prima lettura sono stati proposti alcuni emendamenti, presenti nel rapporto aggiuntivo della Commissione della gestione e delle finanze del 12 giugno e su cui si voterà articolo per articolo. Dopo l'intervento della Consiglieria di Stato ci sono ulteriori emendamenti, da parte della stessa Consiglieria di Stato che emenda il testo uscito dalla seconda lettura come era nel messaggio originale: vi sono quindi emendamenti su tutti gli articoli che propongono di ritornare al testo originale. Vi è inoltre l'emendamento del collega Giudici che aggiunge un articolo.

BONOLI I. - Il tema è estremamente complicato e difficile. Nella revisione fatta in Commissione della gestione e delle finanze sono forse stati commessi alcuni errori cui si potrà, con il sufficiente accordo, porre rimedio qui. La genesi dell'ultimo rapporto, che porta alla seconda lettura del messaggio e del primo rapporto, si è avuta con la ripresa delle discussioni in Commissione che ha poi demandato il tema alla Sottocommissione finanze; qui ci si è mossi in una direzione assai simile a quella del messaggio del Consiglio di Stato affinché si potesse porre rimedio ad alcune questioni che in Gran Consiglio non

avevano trovato molto sostegno. In Gestione si è tornati però sui temi del primo rapporto, che hanno causato le conseguenti discussioni odierne.

L'intento della Gestione è responsabilizzare gli assicurati, in particolare quelli che non pagano per propria scelta. Di fronte alla situazione di persone che ricevendo il sussidio per la cassa malati ne fanno un uso diverso, si è cercato il modo di dare a chi ha bisogno e dissuadere invece chi non ne ha. I primi interventi odierni andavano in questa direzione, riconoscendo la complessità della soluzione e che la prima proposta della Commissione non era ideale; non lo è neanche questa. In tal senso si spiega lo stretto limite temporale, così da giungere a un regolamento che chiarisca i tanti aspetti relativi alla necessità degli interventi e ai possibili risparmi.

L'alternativa dell'accordo con le casse malati è semplice ma comporta costi elevati. Se da un lato il Governo ha scelto di evitarla per contenere le spese, d'altro canto essa potrebbe risolvere parecchi problemi.

Ora ci dobbiamo destreggiare sulla base legale data dagli articoli 93 e 94 della legge sul Consiglio di Stato e sui rapporti con il Gran Consiglio, per decidere sul primo rapporto della Commissione della gestione e delle finanze con gli emendamenti proposti dal secondo rapporto, nel tentativo di avvicinarci alle soluzioni proposte dal Consiglio di Stato: la riduzione della franchigia a 500 franchi (con tutte le prevedibili difficoltà per la sua applicazione), la riduzione dei tempi alla fine di quest'anno e l'art. 25 della legge sull'assistenza sociale che, a quanto capisco, va bene nella parte inerente la LCAMal ma non per l'aspetto dell'assistenza sociale; potremmo quindi proporre un emendamento in sede di discussione e tornare alla versione nel primo rapporto della Commissione della gestione e delle finanze.

RIGHINETTI T. - Ho affermato e ribadisco di non essere entusiasta di questa soluzione, che voterò *ob torto collo*. Ciò non significa che non si debba votarla: è la sola soluzione di transizione e va sostenuta. Ho sentito imprecisioni anche gravi, in particolare nell'attribuire la franchigia all'assicurato moroso mentre essa va al prestatore d'opera; in un altro caso si è citata la breve durata del decreto, quando in realtà la sua durata va dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2007 (addirittura in Commissione si è proposto di prolungarlo al 2008).

La Consiglieria di Stato ha accennato agli accordi con le casse malati citando solo casi di soluzioni forfetarie: in alcuni Cantoni romandi avverrebbe che, previo accordo fra il Consiglio di Stato e le casse malati, queste non sospenderebbero più gli assicurati morosi e si rivolgerebbero allo Stato solo in presenza dell'attestato di carenza beni. In questo caso lo Stato paga per chi è in carenza beni, altrimenti provvedono le casse malati a incassare il dovuto.

Concordo con la Consiglieria di Stato sul fatto che sia giusto privilegiare le spese di prima necessità, ossia i citati 3 o 4 milioni di franchi; mi chiedo però chi pagherà la differenza con i 10 milioni anch'essi più volte citati. Conosco bene l'argomento relativo alle spese di prima necessità essendo stato per anni attivo come operatore sanitario. Se riconosco come tali le cure d'urgenza a seguito di un incidente, un antibiotico chiesto di sabato sera o il cortisone in caso di reazione allergica, non lo è però l'insulina necessaria a chi ne fa uso da anni: in questo caso o la persona è in grado di pagarla, oppure gliela paga lo Stato.

La proposta di modifica dell'art. 25 della legge sull'assistenza sociale è partita da me. Ho ascoltato con attenzione la replica della Consiglieria di Stato che sotto certi aspetti non ha torto; la soluzione della Commissione della gestione e delle finanze sarebbe però l'unico sistema per non perpetuare determinati debiti sociali o crearne nuovi. Sono comunque d'accordo di trovare un'alternativa che separi le due questioni toccate nell'articolo.

GUIDICELLI G. - In risposta al collega Ghisletta dirò che ho semplicemente seguito l'invito del suo collega di gruppo Bertoli, il quale ha chiesto al Gran Consiglio di effettuare uno sforzo di realismo e di sostenere la soluzione prospettata dal messaggio del Consiglio di Stato. Se nel mese di gennaio il PS, unitamente alla Lega, avesse fatto questo sforzo si sarebbe reso conto che tra una soluzione ritenuta migliore e una non condivisa completamente ma con maggiori possibilità di essere accolta, sarebbe stato meglio scegliere la seconda, evitando così la discussione odierna.

CAIMI C. L. - L'emendamento del Consiglio di Stato propone di tornare al messaggio iniziale. Quanto da me affermato circa il mio sostegno al testo del Consiglio di Stato si riferisce al fatto che il testo del decreto legislativo proposto dal Consiglio di Stato non fa distinzione tra strutture pubbliche (Ente ospedaliero) e private. Il mio sostegno è dato, ma non è dato alle motivazioni su cui si fonda il messaggio, perché si discute ora sul decreto legislativo nel quale tale distinzione non è citata. Ciò significa che, qualora si verifichi un'urgenza, si darebbe la possibilità di ricorrere a un pronto soccorso privato, sempre che esistano le condizioni.

BERTOLI M. - Innanzitutto, circa la questione della scelta fra la copertura dei premi o i pagamenti diretti noi sosteniamo il messaggio governativo quale soluzione di ripiego, ma siamo convinti che alla fine la soluzione più utilizzata sarà la prima, perché sarà la più conveniente per lo Stato (è in qualche modo il concetto alla base del rapporto di minoranza). Motivo principale è la costante crescita del debito, così come il debito occulto. Ponendo ad esempio una cifra di settemila assicurati morosi, ciascuno scoperto per 3'000 franchi annui di premio, si ha un totale di 21 milioni di franchi di debito, ripetuti di anno in anno. Nel caso in cui si dovesse ricorrere a cure onerose – il caso citato del trapianto da 100 mila franchi – lo Stato, per poter contare sulla copertura da parte della cassa malati, dovrebbe rifondere il debito accumulato durante tutti gli anni precedenti. Se passerà la soluzione della Commissione della gestione e delle finanze accumuleremo un debito pubblico occulto che alla fine lo Stato dovrà comunque pagare, cosa che va contro gli interessi delle casse cantonali.

La soluzione romanda è possibile e andrebbe fissata tramite regolamento sulla base legale del Governo. Se passa la base legale nelle due alternative della copertura dei premi o del pagamento diretto, ci si potrà accordare con Santésuisse e definire in sede di regolamento che la copertura avverrebbe solo all'atto di carenza beni. Chi propende per la soluzione di un accordo con le casse malati dovrebbe allora sostenere la posizione del Governo, perché su questa base legale è ipotizzabile la scelta di quella soluzione in sede di regolamento.

La discussione è sospesa.

4. CHIUSURA DELLA SEDUTA E RINVIO

Alle ore 16:20 la seduta è tolta e il Gran Consiglio è riconvocato in seduta serale.

Per il Gran Consiglio:

La Presidente, Monica Duca Widmer
Il Segretario generale, Rodolfo Schnyder