

Sans-papiers. Assicurazione malattie e accesso all'assistenza sanitaria

Rapporto del Consiglio federale in adempimento del postulato Heim (09.3484)

Sommario

Situazione iniziale	3
1 Assicurazione malattie e assistenza sanitaria dei sans papiers	4
1.1 Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e disposizioni concernenti l'assicurazione malattie nel settore dell'asilo	4
1.2 Accesso all'assicurazione malattie nella pratica	6
1.2.1 Accesso dei sans papiers alle riduzioni dei premi	6
1.3 Obbligo di ammissione dell'assicuratore-malattie.....	6
1.4 Categorie di persone secondo la legge sull'asilo e secondo l'articolo 92d OAMal.....	7
1.4.1 Normativa secondo l'articolo 92d OAMal.....	7
1.4.2 Commento dell'articolo 92d OAMal	8
2 Controllo dell'affiliazione da parte delle autorità	9
3 L'accesso all'assistenza sanitaria nella pratica	10
3.1 Assistenza nelle strutture ordinarie secondo l'AOMS.....	10
3.2 Strutture specifiche	10
3.3. Assunzione dei costi delle cure prestate ai sans papiers non assicurati	11
4 Valutazione della situazione	11
4.1. Protezione assicurativa dei sans papiers.....	11
4.1.1. Obbligo individuale di assicurazione dei sans papiers:	11
4.1.2. Obbligo di ammissione dell'assicuratore.....	12
4.1.3. Obbligo di controllo dei Cantoni	12
4.2. Ragioni delle difficoltà incontrate nell'esecuzione	12
4.2.1 Discrepanza tra obbligo di ammissione e pratica degli assicuratori malattie in materia di ammissione	12
4.2.2. Esecuzione lacunosa dell'obbligo di controllo dei Cantoni	12
4.2.3. Conclusione quanto alle pratiche cantonali in materia di assicurazione malattie.....	13
4.3 Accesso all'assistenza sanitaria	13
4.3.1. Accesso ai fornitori di prestazioni e alle prestazioni	13
4.3.2. Conclusione sull'accesso all'assistenza medica	14
4.4 Assunzione delle spese	14
5. Analisi: problemi esecutivi dovuti a disfunzioni del sistema e a conflitti di interesse	14
5.1. Discrepanza tra requisiti di legge e realtà sociale	15
5.2. Conflitti tra finalità dello Stato e interessi individuali dei sans papiers.....	15
6. Obiettivi e misure del Consiglio federale	15
6.1. Conferma dell'obbligatorietà dell'assicurazione per le persone domiciliate in Svizzera.....	16
6.2. Conclusione	16

Situazione iniziale

Con il postulato Heim (09.3484 – Sans-papiers. Assicurazione malattie e accesso all'assistenza sanitaria), il Consiglio federale è stato incaricato di presentare un rapporto sul problema dell'assicurazione malattie e dell'accesso all'assistenza sanitaria per i sans papiers e di esaminare se, sotto il profilo giuridico e della politica sanitaria, la copertura assicurativa di questa categoria di persone sia stata disciplinata nei Cantoni in modo uniforme e corretto, di verificare come sia stata regolamentata e con quale grado di obbligatorietà, e di indicare infine chi debba assumere le spese di cura dei sans papiers privi di assicurazione e di risorse finanziarie. Nel rapporto, l'Esecutivo è in particolare chiamato a presentare le regolamentazioni e la tempistica necessarie per affrontare il problema o poterlo risolvere.

Il presente rapporto del Consiglio federale si basa sul rapporto finale «Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers» (Sans-Papiers. Assicurazione malattie e accesso all'assistenza sanitaria) redatto dal Büro Vatter SA su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Essendo assoggettati all'obbligo di disporre di una copertura assicurativa contro la malattia, in Svizzera anche i sans papiers devono avere accesso all'assistenza sanitaria. Da diverse rilevazioni e dai rapporti che riferiscono di esperienze acquisite emerge che una parte dei sans papiers non beneficia dell'assicurazione malattie e ciò ritarda la diagnosi delle malattie gravi. Non essendo assicurati, i sans papiers non si recano dal medico o vi si recano troppo tardi. Questo ha importanti conseguenze di politica della sanità, sia per quanto concerne gli interessati sia per quanto concerne la protezione sanitaria della popolazione svizzera (p.es. dal profilo delle malattie trasmissibili). Si pone inoltre la questione del rimborso delle spese nei casi in cui i fornitori di prestazioni mediche, in virtù dei loro obblighi di garantire la presa a carico e di curare, trattano sans papiers non assicurati né solvibili fornendo loro prestazioni il cui finanziamento non è assicurato. Occorre inoltre stabilire come i Cantoni abbiano disciplinato l'assicurazione dei sans papiers e se lo abbiano fatto in modo vincolante. Alla luce di quanto prevedono la Costituzione federale e la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), l'esecuzione di queste normative nella pratica può essere considerata uniforme e corretta sia dal profilo del diritto e sia da quello della politica sanitaria? Chi assume nei singoli casi i costi derivanti dalle cure dispensate a sans papiers non assicurati né solvibili? Quali soluzioni è possibile abbozzare nell'ambito del vigente quadro giuridico?

Oltre al postulato Heim (09.3484), oggetto del presente rapporto, su tale tema sono stati depositati altri due interventi parlamentari: l'interpellanza Heim (09.4122; Dignità umana dei sans papiers) e l'interrogazione urgente Goll (10.1053; Si sta eludendo l'obbligatorietà dell'assicurazione malattie?). Questi interventi incaricano il Consiglio federale di esaminare la situazione e di garantire l'assicurazione malattie e l'assistenza sanitaria ai sans papiers. Invece, la mozione Kuprecht (10.3203; Soppressione dell'obbligo di affiliazione all'assicurazione di base LAMal per i sans papiers) è stata respinta dal Parlamento. Essa sollevava diversi problemi della regolamentazione vigente e chiedeva di sopprimere l'obbligatorietà dell'assicurazione malattie per questo gruppo di persone.

Nel suo rapporto del 22 ottobre 2012 in adempimento del postulato Lustenberger (07.3682; Agevolazione dello scambio di dati tra autorità federali e cantonali), il Consiglio federale ha incaricato il DFGP di verificare, in collaborazione con il DFI e il DFE, se le autorità preposte in materia di asilo e di stranieri devono essere informate nel caso in cui determinate persone versino contributi alle assicurazioni sociali, o ricevano prestazioni da esse, senza disporre di un permesso di dimora valido. Tale verifica sarà eseguita tenendo conto delle conclusioni del presente rapporto.

Al di là dei motivi finanziari, la ragione principale per cui spesso i sans papiers non si affiliano all'assicurazione malattie è la paura che ciò porti alla scoperta del loro soggiorno illegale. La questione dell'assistenza sanitaria dei sans papiers va pertanto considerata nel quadro della contrapposizione tra le pertinenti disposizioni previste dal diritto dell'assicurazione malattie, le

normative federali relative al soggiorno degli stranieri e le disposizioni sull'obbligo di annunciare e sulla protezione dei dati.

Di conseguenza, oltre agli aspetti relativi alla politica sanitaria, assumono un rilievo decisivo nell'ambito della problematica evocata soprattutto le questioni inerenti alla protezione dei dati e allo scambio di informazioni tra servizi interessati.

A tale riguardo vanno per esempio sollevate le seguenti questioni concernenti la garanzia della copertura assicurativa, il versamento delle riduzioni dei premi e la garanzia dell'assistenza sanitaria: secondo quali modalità l'articolo 6 LAMal (controllo dell'obbligo di assicurazione) viene eseguito dai Cantoni? I sans papiers fruiscono delle riduzioni dei premi e quali dati devono fornire per ottenerle? Come affrontano le autorità le eventuali questioni concernenti, per esempio, l'accertamento dell'identità o del domicilio? Per accertare il diritto alle riduzioni dei premi, le autorità competenti prendono contatto con altre autorità o con le assicurazioni malattie? Quali informazioni sono scambiate a tal fine?

Per quanto concerne gli assicuratori malattie, sorgono questioni relative all'obbligo di ammissione, allo scambio di dati e al trattamento dei sans papiers assicurati.

Per chiarire questi problemi il succitato rapporto del Büro Vatter AG si è fondato su dati empirici provenienti da fonti diverse. Sono stati eseguiti colloqui esplorativi con specialisti del settore dei sans papiers, interviste guidate con le persone competenti per l'esecuzione dell'articolo 6 LAMal (controllo dell'affiliazione secondo l'articolo 6 LAMal; attuazione dell'obbligo di disporre di una copertura assicurativa, assistenza sanitaria, rimborso dei costi ecc.), nonché con i coordinatori in materia di asilo di tutti i 26 Cantoni (prassi delle assicurazioni e assistenza sanitaria fornita alle persone obbligate a lasciare la Svizzera). I dati raccolti hanno poi permesso di compiere un'analisi della situazione.

1 Assicurazione malattie e assistenza sanitaria dei sans papiers

1.1 Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e disposizioni concernenti l'assicurazione malattie nel settore dell'asilo

In base all'articolo 3 capoverso 1 LAMal in combinato disposto con l'articolo 1 capoverso 1 OAMal, ogni persona domiciliata in Svizzera per principio deve assicurarsi o farsi assicurare per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. Secondo l'articolo 1 capoverso 1 OAMal, le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli articoli 23–26 del Codice civile svizzero (CC) sono tenute ad assicurarsi. Gli articoli 3 segg. LAMal e 1 segg. OAMal forniscono maggiori dettagli quanto all'obbligo d'assicurazione e alle relative eccezioni. All'obbligo d'assicurazione previsto dagli articoli 3 segg. LAMal e 1 segg. OAMal sono assoggettati anche i sans papiers che sono domiciliati in Svizzera ai sensi degli articoli 23–26 CC. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) prende fine con l'estinzione dell'obbligo d'assicurazione (art. 5 cpv. 3 LAMal), segnatamente con lo spostamento del domicilio all'estero. Invece va sottolineato dato particolare rilievo al fatto che le persone che entrano in Svizzera soltanto per ottenervi di cure mediche (i cosiddetti turisti della medicina) non soggiacciono all'obbligo d'assicurazione. L'articolo 2 capoverso 1 OAMal prevede infatti espressamente che le persone che soggiornano in Svizzera al solo scopo di seguire un trattamento medico o una cura non soggiacciono all'obbligo d'assicurazione, ossia non hanno il diritto di stipulare un'assicurazione.

Gli assicuratori malattie devono accettare senza riserve le proposte di assicurazione delle persone assoggettate all'obbligo di contrarre un'assicurazione. Il Tribunale federale delle assicurazioni lo ha confermato nella sentenza del 24 dicembre 2002 (K38/01). Il Tribunale federale nella sentenza 126 V 265 (consid. 3b) precisa che, in virtù dell'obbligo d'assicurazione previsto nella LAMal, un'assicurazione malattie non può escludere un suo assicurato. I Cantoni sono competenti per

controllare che l'obbligo d'assicurazione sia rispettato e possono affiliare a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non hanno assolto tempestivamente tale obbligo (art. 6 LAMal).

I Cantoni accordano riduzioni dei premi agli assicurati di condizione economica modesta (art. 65 cpv. 1 LAMal). Il diritto alla riduzione dei premi sussiste nei confronti del Cantone. Le disposizioni cantonali sulla riduzione dei premi sono disposizioni di diritto cantonale autonomo adottato in esecuzione del diritto federale. I Cantoni definiscono per esempio in modo pienamente autonomo la nozione giuridica indeterminata di «condizione economica modesta»; nell'ambito della «ratio legis», essi determinano inoltre la cerchia delle persone che hanno diritto alla riduzione dei premi. Devono pur sempre rispettare il senso e lo spirito della LAMal e non devono stravolgere lo scopo perseguito dalla legge. I sans papiers di condizione economica modesta hanno diritto alle riduzioni dei premi secondo l'articolo 65 capoverso 1 LAMal (cfr. n. 1.2.1 in appresso). Una parte dei Cantoni accorda la riduzione dei premi su richiesta dell'assicurato mentre altri determinano d'ufficio i beneficiari della riduzione. Entrambi i tipi di richieste creano ostacoli diversi per l'accesso dei sans papiers alla riduzione dei premi.

Soltanto la LAMal e le relative ordinanze sono determinanti per quanto concerne la definizione dell'obbligo d'assicurazione, della cerchia delle persone che vi sono assoggettate e delle modalità di accesso all'assistenza sanitaria delle persone assicurate contro le malattie. Come tutti gli altri assicurati anche i sans papiers sono assoggettati all'obbligo assicurativo e come tali hanno la responsabilità di stipulare un contratto assicurativo contro le malattie.

A questi ultimi si contrappongono le persone che, durante la procedura d'asilo, sono assicurate contro le malattie dalla collettività pubblica tenuta a fornire loro assistenza sociale - sotto forma di prestazione in natura - in virtù della legge sull'asilo e non sono tenute a stipulare esse stesse l'assicurazione. La situazione di queste persone va distinta da quella dei sans papiers. Per loro, la legislazione sull'asilo e quella sull'assicurazione malattia hanno adottato normative speciali (cfr. in appresso n. 1.4). La concessione della protezione assicurativa è considerata una prestazione materiale fornita nell'ambito dell'assistenza sociale (DTF 133 V 353, consid. 4.4). Di conseguenza, i costi dei premi d'assicurazione sono di regola a carico dei poteri pubblici. Questi costi sono compresi nella somma forfettaria globale versata dalla Confederazione per l'assistenza dei richiedenti l'asilo (art. 88 cpv. 2 LAsi). La restrizione della scelta dei fornitori di prestazioni non deve però limitare in alcun modo le prestazioni prescritte dalla LAMal. A seconda del modello di assicurazione, le persone assicurate contro la malattia che devono lasciare la Svizzera hanno diritto alle medesime prestazioni che ricevono tutti coloro che soggiornano legalmente sul territorio del Paese. Una disparità di trattamento tra le persone in base al loro statuto in Svizzera non sarebbe compatibile con il principio della parità di trattamento sancito dalla LAMal. Il 1° agosto 2011 è entrata in vigore una modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102); in tale ambito il nuovo articolo 92d OAMal prevede una normativa speciale per quanto concerne i premi dei beneficiari del soccorso d'emergenza (cfr. in appresso n. 1.4).

Secondo la LAMal tutti i sans papiers assoggettati all'obbligo d'assicurazione devono essere assicurati malattia contro le malattie e hanno accesso ai medesimi fornitori di prestazioni degli assicurati in situazione di soggiorno legale e alle medesime prestazioni previste nel catalogo delle prestazioni mediche di base.

L'obbligatorietà dell'assicurazione sancita dalla LAMal comprende tre diversi obblighi: 1. l'obbligo d'assicurazione degli individui: i sans papiers sono obbligati a stipulare un'assicurazione malattie, nella misura in cui sono civilmente domiciliati in Svizzera conformemente agli articoli 24-25 CC; 2. l'obbligo di ammissione dell'assicuratore: gli assicuratori malattie sono obbligati ad assicurare i sans papiers assoggettati all'obbligo d'assicurazione (comprese le persone che devono lasciare la Svizzera) che fanno domanda di affiliazione; essi possono porre fine al rapporto di assicurazione soltanto se sono adempite le condizioni previste nell'articolo 7 OAMal; 3. Obbligo di controllo dei Cantoni: i Cantoni sono responsabili per il controllo e l'esecuzione dell'obbligatorietà assicurativa. Secondo l'articolo 6 LAMal, essi devono affiliare a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non hanno assolto tempestivamente tale obbligo.

1.2 Accesso all'assicurazione malattie nella pratica

Nella pratica occorre per tanto stabilire come sono realizzati i tre elementi della copertura assicurativa obbligatoria (l'obbligo d'assicurazione delle singole persone, l'obbligo di ammissione dell'assicuratore e l'obbligo di controllo dei Cantoni), occorre individuare i problemi e spiegare le deviazioni rispetto alla situazione prevista dalla normativa.

In linea di massima i sans papiers sono essi stessi responsabili dell'adempimento dell'obbligo di assicurazione. Per determinare lo statuto di una persona priva di permesso di dimora quanto all'assicurazione malattie, è necessario che essa sia nota a un'assicurazione malattie, a un fornitore di prestazioni mediche, a un centro di assistenza (p. es. a una struttura di accoglienza) o a un'autorità. Secondo diverse rilevazioni e secondo rapporti che riferiscono di esperienze acquisite, gran parte (circa l'80-90 per cento) dei sans papiers conosciuti da persone tenute a lasciare la Svizzera dopo la conclusione di una procedura di asilo non dispone di un'assicurazione malattie. Questa stima non può tuttavia essere estesa all'insieme dei sans papiers che si trovano in Svizzera. Le esperienze fatte mostrano che molti sans papiers stipulano un'assicurazione malattie soltanto se prevedono di dover sostenere importanti spese per curare una malattia grave.

I sans papiers evitano i contatti con le istituzioni per non rischiare di essere scoperti. Spesso hanno redditi bassi e generalmente la loro situazione reddituale è incerta. In molti casi stipulare un'assicurazione malattie e assumere l'onere finanziario che ne deriva a lungo termine rappresenta un impegno eccessivo. Le strutture di accoglienza raccomandano frequentemente ai sans papiers di concludere un'assicurazione malattie soltanto se dispongono di fondi sufficienti. Infatti, gli sforzi degli assicuratori per incassare i premi e le partecipazioni ai costi impagati rappresentano per i sans papiers un rischio di rimanere sprovvisti di copertura assicurativa.

1.2.1 Accesso dei sans papiers alle riduzioni dei premi

Le interviste compiute rivelano che in sette Cantoni i sans papiers che ne fanno richiesta possono ottenere le riduzioni regolari dei premi. In undici Cantoni non possono invece ottenerle a causa delle disposizioni cantonali sulle persone che non hanno un permesso di dimora e/o sulle quali non vi sono dati fiscali. I rimanenti Cantoni non hanno una pratica per quanto concerne il versamento delle riduzioni dei premi ai sans papiers. Molte legislazioni cantonali escludono dalla riduzione dei premi le persone che non dispongono di dati fiscali e/o non hanno un attestato di domicilio; in questi Cantoni non è rispettato il diritto alla riduzione dei premi sancito dalla LAMal (art. 65 cpv. 1 LAMal). Una persona che soggiorna in Svizzera senza disporre di un permesso di dimora deve superare grandi ostacoli per rivolgersi alle autorità dello Stato, e ciò a prescindere dalla pratica cantonale in materia di versamento delle riduzioni dei premi.

1.3 Obbligo di ammissione dell'assicuratore-malattie

In linea di massima occorre rilevare che l'obbligo di ammissione dell'assicuratore-malattie non è incontestato. Per quanto concerne la pratica degli assicuratori-malattie in materia di ammissione, le informazioni disponibili rivelano quanto segue: una proposta di assicurazione deve contenere il cognome, il nome, l'indirizzo e di regola anche la data di nascita, il sesso e la nazionalità del proponente. Per permettere di vagliare la proposta questi dati devono imperativamente essere forniti all'assicuratore. La proposta di un cittadino straniero deve di regola contenere informazioni sul suo statuto di residenza in Svizzera che vanno fornite anche allegando copia del permesso di soggiorno alla proposta di assicurazione. Secondo quanto dichiarato dagli assicuratori, le proposte di assicurazione delle persone il cui soggiorno in Svizzera è irregolare sono di norma trattate come se sussistesse un permesso di soggiorno. Alcuni assicuratori sostengono invece che non prendono contatto con le autorità. Per garantirsi la possibilità di incassare i premi impagati delle persone senza

statuto regolare in Svizzera e le loro partecipazioni ai costi, altri assicuratori prendono contatto con il Comune di residenza e concedono la copertura assicurativa soltanto se il Comune conferma di essere disposto a farsi carico di eventuali premi o partecipazioni ai costi impagati. Per i sans papiers, tale pratica costituisce un ostacolo all'assicurazione contro le malattie.

Se vengono a conoscenza di difficoltà concernenti l'assicurazione di sans papiers, le autorità cantonali possono tentare di esercitare la loro influenza sulla società di assicurazione interessata. Di regola, fanno presente all'assicuratore la vigente situazione giuridica, per lo più facendo riferimento alla circolare dell'UFAS del 2002. Possono portare questi problemi a conoscenza dell'UFSP, a cui la LAMal attribuisce la competenza di adottare provvedimenti adeguati.

Secondo le dichiarazioni di molti assicuratori le interazioni con i loro assicurati sans papiers non hanno nulla di particolare. Il coinvolgimento di un servizio di aiuto ai sans papiers pare particolarmente utile per risolvere i problemi che possono porsi nell'interazione tra assicuratore e assicurato. Gli assicuratori considerano comunque fonte di problemi il fatto di non poter di regola verificare i dati forniti nella proposta di assicurazione e pertanto di non poter accertare in caso di dubbio né il luogo di residenza né il luogo di soggiorno di una persona, né tantomeno l'inizio o la fine dell'obbligo di assicurazione (entrata e partenza dalla Svizzera). Gli assicuratori sono quindi obbligati ad assicurare i sans papiers senza avere garanzie di poter incassare eventuali premi e partecipazioni ai costi impagati. Non sono soddisfatti di essere esposti al grande rischio di non incassare i premi.

Quando accettano un nuovo assicurato, gli assicuratori verificano l'obbligo di assicurazione. Essi devono inoltre disporre di un indirizzo di fatturazione e devono avere una garanzia di poter incassare i premi impagati. Questo genere di accertamenti da parte degli assicuratori aumenta però il rischio che le autorità di polizia degli stranieri siano informate del soggiorno illegale delle persone assicurate o da assicurare. Sovente le persone senza permesso di soggiorno si assicurano o sono affiliate a un assicuratore dalla competente autorità cantonale soltanto se prevedono di dover spendere somme importanti per prestazioni mediche; assicurati di questo genere non hanno alcuna attrattiva per gli assicuratori. Per gli assicuratori anche problemi di natura diversa e un cattivo stato di salute possono costituire un ostacolo all'affiliazione.

1.4 Categorie di persone secondo la legge sull'asilo e secondo l'articolo 92d OAMal

Le persone a cui si applica la legge sull'asilo e le persone assoggettate alla speciale normativa del nuovo articolo 92d OAMAL - i richiedenti l'asilo respinti e i richiedenti l'asilo che hanno ricevuto una decisione di non entrata in materia passata in giudicato (persone che hanno diritto al soccorso d'emergenza) -, vanno trattate diversamente dai sans papiers. Dal 1° gennaio 2008, il blocco dell'aiuto sociale non vige solo per le persone cui è stata notificata una decisione di non entrata in materia, ma anche per coloro la cui domanda d'asilo è stata respinta. Le persone che si trovano in questa situazione sono escluse dal sistema d'aiuto sociale previsto dalla legge sull'asilo dal momento in cui la decisione di allontanamento passa in giudicato e se il termine di partenza non viene rispettato.

Quante siano le persone che rimangono in Svizzera malgrado la decisione di allontanamento non può essere stabilito con certezza. Dato che spesso non si sa né se tali persone si trovano effettivamente ancora in Svizzera né dove risiedano, si pone il problema del proseguimento dell'assicurazione e del pagamento dei premi. Se sono domiciliati in Svizzera, i richiedenti l'asilo sono obbligatoriamente assoggettati alla LAMal. L'obbligo di assicurazione prende fine alla loro partenza dalla Svizzera. I richiedenti l'asilo respinti e quelli che sono stati oggetto di una decisione di non entrata in materia passata in giudicato (beneficiari del soccorso d'emergenza) sono assoggettati all'assicurazione malattie obbligatoria fintanto che non lasciano la Svizzera.

1.4.1 Normativa secondo l'articolo 92d OAMal

L'articolo 92d OAMal disciplina i premi che devono pagare i beneficiari del soccorso d'emergenza secondo l'articolo 82 della legge sull'asilo del 26 giugno 1998 (LAsi; RS 142.31) a cui si applicano per analogia gli articoli 82a LAsi e 105a LAMal. Ciò significa che le persone che sono state oggetto di una decisione di allontanamento passata in giudicato sono assicurate secondo l'articolo 82a LAsi e sono escluse dall'effettivo degli assicurati determinante per la compensazione dei rischi (art. 105a LAMal); in tal modo viene garantito il loro accesso alle prestazioni e l'importo del premio rimane entro limiti ragionevoli. L'articolo 82a LAsi permette ai Cantoni di limitare la scelta dei fornitori di prestazioni e di convenire di conseguenza con l'assicuratore una forma di assicurazione adeguata a questa categoria di persone (specializzazione, lingua ecc.). Per il rimanente si applicano i principi della LAMal: sono garantite le prestazioni della LAMal e l'accesso a queste ultime (art. 82a cpv. 2 e 4 LAsi in combinato disposto con l'art. 41 cpv. 4 LAMal). Ciò significa in particolar modo che le persone che sono oggetto di una decisione di allontanamento hanno un diritto illimitato a ricevere le medesime prestazioni di cui fruiscono i richiedenti l'asilo durante la procedura d'asilo o tutti gli altri assicurati che hanno scelto una particolare forma di assicurazione prevista nella LAMal (modello del medico di famiglia, HMO ecc.).

La scadenza dei premi di un beneficiario del soccorso d'emergenza è sospesa su richiesta del Cantone al momento da esso indicato. Ciò significa che è sospesa dal momento in cui il Cantone ne fa richiesta all'assicuratore; di conseguenza i premi non sono dovuti. Se non se ne chiede la sospensione, i premi sono dovuti secondo le modalità abituali.

Se all'assicuratore viene presentata una domanda di rimborso e il Cantone non assume esso stesso i costi delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i premi la cui scadenza è stata sospesa sono dovuti con effetto retroattivo fino al momento della sospensione. Ai premi si aggiunge un supplemento del 25 per cento, che tuttavia è dovuto per un massimo di 12 premi mensili. Ciò significa che in linea di massima la domanda di rimborso delle prestazioni secondo la LAMal è presentata all'assicuratore dall'assicurato, da un Cantone (per analogia con quanto accade per i richiedenti l'asilo) o da un fornitore di prestazioni. In questo caso, se il Cantone non paga esso stesso le prestazioni, i premi sono dovuti con effetto retroattivo dal momento della sospensione fino al momento della domanda di rimborso. Per tenere conto del fatto che l'assicuratore sopporta il rischio di una perdita di guadagno e fornisce le sue prestazioni qualora il rischio si realizzi, il premio dovuto retroattivamente è aumentato del 25 per cento.

Non appena sono stati pagati i premi e il supplemento, l'assicuratore prende a carico le spese di tutte le prestazioni fornite durante il periodo di sospensione. Se il Cantone ne fa richiesta, dopo il pagamento dei premi, della partecipazione ai costi e del supplemento, la scadenza dei nuovi premi è nuovamente sospesa. L'assicurato non può cambiare assicuratore fintanto che non sono stati pagati i premi, la partecipazione ai costi e il supplemento. È fatto salvo l'articolo 7 capoverso 4 LAMal. La sospensione della scadenza dei premi è abrogata senza versamento retroattivo dei premi precedenti a partire dal primo giorno del mese in cui un assicurato: a. è ammesso provvisoriamente ai sensi dell'articolo 83 LStr; b. è riconosciuto come persona bisognosa di soccorso d'emergenza ai sensi degli articoli 66 segg. LAsi o come rifugiato ai sensi dell'articolo 3 LAsi; c. ottiene un permesso di dimora. Vanno tuttavia pagati i premi precedenti se sono state fornite prestazioni durante il periodo di sospensione. Dopo il versamento dei premi, l'assicurato può cambiare assicuratore alle condizioni dell'articolo 7 LAMal. Il rapporto assicurativo termina cinque anni dopo il passaggio in giudicato della decisione di allontanamento, sempreché le persone oggetto di tale decisione abbiano verosimilmente lasciato la Svizzera. Se la decisione sulla sua domanda d'asilo è passata in giudicato prima dell'entrata in vigore dell'articolo 92d OAMal, il beneficiario del soccorso d'emergenza che presenta una domanda di rimborso a un assicuratore deve i premi e il supplemento secondo l'articolo 92d OAMal con effetto retroattivo fino all'entrata in vigore del presente articolo.

1.4.2 Commento dell'articolo 92d OAMal

Il disciplinamento previsto all'articolo 92d OAMal si basa sulla competenza del Consiglio federale di sospendere il pagamento del premio. Esso permette in particolar modo di evitare che gli assicuratori profittino di premi pagati per persone che verosimilmente non si trovano più in Svizzera. E ciò senza

pregiudizio dei summenzionati principi sulla protezione assicurativa. Questa soluzione consolida invece i principi dell'obbligo di assicurazione e consente ai beneficiari del soccorso d'emergenza che si trovano in Svizzera di avere accesso a tutte le prestazioni di cura previste dalla LAMal. Gli assicuratori sono sgravati dagli oneri amministrativi, soprattutto poiché non sono più tenuti ad avviare procedure di esecuzione contro persone che probabilmente non risiedono più in Svizzera.

Concretamente, la sospensione è pronunciata su richiesta del Cantone. In questo caso, il premio non è momentaneamente dovuto. Invece, non appena all'assicuratore viene presentata una domanda di rimborso, se il Cantone non assume esso stesso i costi di tali prestazioni, i premi sono dovuti con effetto retroattivo fino al momento della sospensione. Dopo il versamento dei premi, del supplemento e della partecipazione ai costi, l'assicuratore assume i costi di tutte le prestazioni fornite durante il periodo della sospensione.

Di conseguenza, la presente modifica dell'OAMal permette da una parte di tenere conto della particolare situazione in cui versano i beneficiari del soccorso d'emergenza, nella misura in cui questi ultimi conservano la copertura assicurativa, pur revocandola loro possibilità di accedere all'assistenza sanitaria secondo la LAMal e secondo l'articolo 82a LAsi. D'altra parte, questa soluzione garantisce un finanziamento adeguato.

2 Controllo dell'affiliazione da parte delle autorità

Le competenti autorità cantonali hanno di regola delegato il controllo del rispetto dell'obbligo di assicurazione ai Comuni. Le principali informazioni sulla pratica dei singoli Cantoni figurano nelle schede sui Cantoni che figurano in allegato al rapporto Vatter. Nella maggior parte di questi Cantoni, sono gli uffici del controllo degli abitanti dei Comuni a svolgere queste mansioni. Le persone che non forniscono un attestato di assicurazione e non chiedono di essere esentate dall'obbligo di assicurazione sono affiliate a un assicuratore dalla competente autorità cantonale (a seconda dei Cantoni può trattarsi dell'ufficio delle assicurazioni sociali, dell'ufficio della sanità o di un istituto delle assicurazioni sociali) o dal Comune, conformemente all'articolo 6 LAMal.

Sul piano cantonale non vi sono dispositivi sistematici che permettono di controllare attivamente il rispetto dell'obbligo di assicurazione. Sul piano comunale vi sono autorità che verificano regolarmente lo statuto di assicurazione di dati gruppi di persone. Per esempio, in molte città i neonati sono automaticamente annunciati all'assicurazione malattie. Le autorità possono verificare il rispetto dell'obbligo di assicurazione solo per quanto concerne le persone a loro note. Nel caso dei sans papiers, le autorità cantonali e comunali non possono garantire che tutte le persone assoggettate all'obbligo siano effettivamente assicurate, a prescindere dalla loro nazionalità e dal loro statuto in Svizzera.

I sans papiers che non beneficiano di una protezione assicurativa e non sono registrati presso le autorità preposte al controllo dell'adesione all'assicurazione malattie sono di regola segnalati alle autorità competenti da fornitori di prestazioni mediche perché la copertura delle spese di cura non è garantita. Meno della metà dei Cantoni ammette che i sans papiers non assicurati vengono segnalati alle autorità competenti. A seconda dei casi sono le autorità competenti per il controllo del rispetto dell'obbligo di assicurazione, le autorità migratorie o un'autorità del settore sociale a ricevere queste segnalazioni, spesso sotto forma di domande di garanzia di pagamento o di fatture dei fornitori di prestazioni mediche. Vi sono Cantoni che hanno elaborato speciali procedure per trattare i casi dei sans papiers non assicurati di cui hanno preso atto le autorità preposte al controllo delle adesioni. Dopo che è stata loro segnalata una persona non assicurata, le autorità accertano di regola il suo statuto di soggiorno e il suo obbligo di assicurazione. In alcuni Cantoni vi sono strutture di accoglienza che concludono l'assicurazione malattie o fungono da destinatarie della decisione di affiliazione per tutelare l'anonimato del sans papiers. Dalle dichiarazioni dei Cantoni emerge che le loro procedure si distinguono in particolare per quanto concerne la prassi in materia di scambio di informazioni e le conseguenze di detto scambio: vi sono Cantoni in cui le autorità competenti in materia di controllo

dell'obbligo di assicurazione non contattano né le autorità migratorie né altre autorità, mentre in altri Cantoni chiedono informazioni alle autorità migratorie senza ripercussioni di polizia degli stranieri per l'interessato.

Un secondo gruppo di Cantoni verifica, con uno scambio di informazioni tra autorità, se il soggiorno illegale di una persona può essere trasformato in uno statuto di soggiorno regolare o se sia necessario pronunciare una decisione di allontanamento. Ciò presuppone però che il luogo di soggiorno di una persona sia noto, per esempio in caso di degenza ospedaliera. La segnalazione di un fornitore di prestazioni mediche alle autorità migratorie dovrebbe portare all'avvio di una procedura di allontanamento della persona segnalata, sempre che possa essere arrestata.

Per la maggioranza dei Cantoni non è possibile fare affermazioni riguardo allo scambio di informazioni in tali casi e alle sue possibili ripercussioni sul soggiorno dell'interessato.

3 L'accesso all'assistenza sanitaria nella pratica

3.1 Assistenza nelle strutture ordinarie secondo l'AOMS

Se sono assicurati contro le malattie, i sans papiers possono disporre conformemente alla LAMal dell'assistenza medica dei fornitori di prestazioni (medici, ospedali, farmacie ecc.). Possono pure fare capo all'assistenza ordinaria come pazienti privati prescindendo dal finanziamento dell'AOMS. Molti sans papiers temono che il loro soggiorno illegale sia scoperto e segnalato alle autorità se fanno ricorso a cure mediche; ciò rappresenta un ostacolo indiretto al loro accesso all'assistenza sanitaria dispensata dalle strutture ordinarie. Non vi sono cifre certe quanto al ricorso alle strutture ordinarie di assistenza (come beneficiari dell'AOMS o come pazienti privati) da parte di persone senza permesso di soggiorno, poiché gli interessati non sono presumibilmente identificati o registrati come sans papiers dai fornitori di prestazioni e le attuali statistiche non possono di conseguenza fornire alcuna informazione al riguardo. Non è pertanto possibile trarre conclusioni sull'importanza del ricorso alle strutture ordinarie per l'assistenza sanitaria dei sans papiers.

3.2 Strutture specifiche

In considerazione delle difficoltà che i sans papiers incontrano per accedere alle strutture ordinarie, per soddisfare i loro bisogni di assistenza sanitaria, nel corso del tempo sono state sviluppate diverse strutture specifiche che offrono prestazioni esplicitamente concepite per i sans papiers (ma anche per i senza tetto, ecc.) e completano in modo mirato l'offerta delle strutture ordinarie. L'assistenza specifica è di regola fornita al di fuori del sistema dell'AOMS e si serve di meccanismi di finanziamento e di sistemi tariffali diversi. La maggior parte di queste strutture opera nel rispetto dell'anonimato degli utenti, ragion per cui lo statuto di soggiorno della persona che riceve le cure non è sempre noto (questi sforzi sociali o umanitari sono in parte sostenuti dai poteri pubblici). La situazione in queste strutture è meglio documentata della situazione che regna nelle strutture di assistenza ordinarie. Anche se sono assicurati e possono di conseguenza rivolgersi alle strutture ordinarie, quando hanno problemi di salute i sans papier tendono a recarsi dapprima in una struttura specifica. Queste strutture sono di tre tipi:

1. alcuni ospedali pubblici hanno istituito unità specifiche, che sono in parte incaricate anche dal Cantone di fornire assistenza medica alle persone con problematiche legate all'asilo;
2. le strutture di assistenza o di accoglienza gestite dalle NPO forniscono ai loro utenti alcune prestazioni di cure e/o lavorano a tal fine con una rete di fornitori di prestazioni associati o con le strutture ordinarie esistenti.
3. le strutture di accoglienza e i centri di aiuto finanziati o cofinanziati dai poteri pubblici che si rivolgono a determinati gruppi a rischio (p. es. l'aiuto in materia di dipendenze) sono in parte frequentati anche da sans papiers.

3.3. Assunzione dei costi delle cure prestate ai sans papiers non assicurati

Il fornitore di prestazioni corre il rischio di non potersi far pagare, poiché di regola apprende che una persona non dispone di un'assicurazione malattie soltanto dopo averle prestate le cure necessarie (almeno nei casi di urgenza). Non vi sono informazioni per l'insieme della Svizzera quanto al numero dei casi di sans papiers che hanno ricevuto cure senza disporre di una copertura assicurativa, né sull'importo dei costi generati.

Soltanto nel caso concreto è possibile stabilire chi sia tenuto a farsi carico dei costi delle cure prestate ai sans papiers non assicurati; infatti a questo quesito non può essere data una risposta generale. Quest'ultima varia a seconda del fatto che la persona curata sia stata assegnata a una collettività pubblica tenuta a fornirle assistenza (Cantone o Comune) e a seconda che l'istituto incaricato delle cure sia sovvenzionato con fondi pubblici o benefici di finanziamenti privati o di quelli dell'AOMS. Rispetto agli istituti privati gli istituti sovvenzionati dai poteri pubblici hanno alcune possibilità supplementari di compensare quanto dovuto dai debitori insolventi. In linea di massima i fornitori di prestazioni hanno diverse possibilità di coprire le spese occasionate dal trattamento di persone non assicurate: 1. il Cantone o il Comune si fanno carico delle spese (p. es. assistenza sociale o soccorso d'emergenza); 2. il fornitore di prestazioni assume le spese o predispone una garanzia di pagamento. In parte vi sono fondi speciali per i casi di questo genere, come per esempio i servizi sociali ospedalieri o i fondi cantonali per i debitori insolventi; 3. l'interessato si fa carico delle spese; 4. la persona che ha ricevuto le cure aderisce retroattivamente a un'assicurazione malattie secondo l'articolo 5 capoverso 2 LAMal, l'articolo 8 OAMal (supplemento di premio in caso d'affiliazione tardiva) e l'articolo 92d OAMal (beneficiari del soccorso d'emergenza).

Secondo le informazioni disponibili, due Cantoni non assumono in linea di massima alcuna spesa di cura per i sans papiers non assicurati e insolventi. In numerosi Cantoni i fornitori di prestazioni mediche che hanno curato sans papiers non assicurati e insolventi e non sono in grado di recuperare le spese possono farsi rimborsare dal Cantone; in molti Cantoni ciò ha però ripercussioni di diritto degli stranieri per la persona curata. In base alle informazioni raccolte, è possibile distinguere le seguenti procedure: 1. il Cantone assume le spese delle prestazioni mediche ricevute da persone non assicurate e insolventi secondo la LAS (RS 851.1); 2. il Cantone assume soltanto le spese irrecuperabili per le prestazioni mediche indispensabili (p. es. in caso di infortunio o malattia cronica); 3. il Cantone si fa carico delle spese di cura soltanto in casi gravi dal profilo medico, nella misura in cui l'ospedale interessato può presentare un piano di rimborso per una parte di tali spese; 4. il Cantone assume i costi irrecuperabili contabilizzati dagli ospedali come perdite su debitori; 5. a titolo sussidiario, il Comune di soggiorno o di residenza del relativo Cantone assume i costi delle cure di una persona).

4 Valutazione della situazione

4.1. Protezione assicurativa dei sans papiers

L'obbligatorietà dell'assicurazione si prefigge di garantire la protezione assicurativa secondo la LAMal e si basa su tre obblighi:

4.1.1. Obbligo individuale di assicurazione dei sans papiers

Situazione prevista dalle vigenti normative: i sans papiers (comprese le persone tenute a lasciare la Svizzera) sono obbligati a stipulare un'assicurazione malattie, sempre che siano domiciliati in Svizzera ai sensi degli articoli 24-24 CC.

Situazione reale: secondo le informazioni disponibili, soltanto una minima parte dei sans papiers che vivono in Svizzera è assicurata contro le malattie. Di conseguenza, si può partire dal presupposto che nel complesso la protezione assicurativa fornita dalla LAMal ai sans papiers è nettamente più svantaggiosa di quella di cui fruiscono le persone che soggiornano legalmente in Svizzera. I sans papiers cercano di evitare ogni contatto diretto o indiretto con le autorità e per tanto, sovente, anche di contrarre un'assicurazione.

4.1.2. Obbligo di ammissione dell'assicuratore

Situazione prevista dalle vigenti normative: gli assicuratori malattie sono obbligati ad assicurare i sans papiers assoggettati all'obbligo di assicurazione che ne fanno domanda. Possono porre fine al rapporto assicurativo soltanto alle condizioni di cui all'articolo 7 OAMal.

Situazione reale: secondo le informazioni disponibili, di regola i sans papiers che ne fanno richiesta vengono assicurati. Alcuni indizi rivelano tuttavia che nel singolo caso qualche assicuratore non ottempera sempre al suo obbligo di ammissione. Tuttavia, fino a oggi le autorità di vigilanza non hanno ricevuto ricorsi concreti e verificabili.

4.1.3. Obbligo di controllo dei Cantoni

Situazione prevista dalle vigenti normative: i Cantoni sono responsabili per il controllo e l'esecuzione dell'obbligatorietà assicurativa. Essi devono affiliare a un assicuratore le persone che non abbiano assolto tempestivamente l'obbligo di assicurarsi (art. 6 LAMal).

Situazione reale: le autorità competenti per controllare le adesioni sono di fatto nell'impossibilità di verificare il rispetto dell'obbligo di assicurazione da parte dei sans papiers se questi ultimi non sono loro noti (soprattutto se non sono annunciati al controllo comunale degli abitanti). I Cantoni non possono pertanto assolvere in modo ineccepibile il loro obbligo di controllo per ragioni sistemiche.

4.2. Ragioni delle difficoltà incontrate nell'esecuzione

4.2.1 Discrepanza tra obbligo di ammissione e pratica degli assicuratori malattie in materia di ammissione

La maggior parte dei sans papiers non ottempera all'obbligo di assicurazione soprattutto a causa delle circostanze giuridiche legate al loro soggiorno e alla situazione materiale in cui si trovano (mancanza di mezzi finanziari, carente conoscenza del sistema, conseguenze del diritto degli stranieri). Inoltre, occorre rilevare che l'obbligatorietà dell'assicurazione non permette di porre fine alla copertura assicurativa in caso d'insolvenza e che in questo caso i sans papiers sono esposti a un particolare rischio di essere scoperti dalle autorità se gli assicuratori tentano di incassare il dovuto o avviano una procedura di esecuzione. La possibilità di presentare una domanda di riduzione dei premi non sussiste in tutti i Cantoni e spesso i sans papiers ignorano che ciò sia possibile.

4.2.2. Esecuzione lacunosa dell'obbligo di controllo dei Cantoni

Le lacune constatate in sede di attuazione sono da una parte dovute a ostacoli sistemiche: il rispetto dell'obbligo di assicurazione può essere controllato soltanto riguardo alle persone note alle autorità preposte. Visto che queste ultime non conoscono i sans papiers, essi sfuggono all'attuale dispositivo di controllo. D'altra parte, in tutti i Cantoni vi è una separazione istituzionale tra le autorità competenti per il controllo delle adesioni (attuazione dell'art. 6 LAMal) e le autorità competenti in materia di polizia degli stranieri per quanto concerne le persone tenute a lasciare la Svizzera (soccorso d'emergenza, allontanamento, assicurazione malattie ecc.); di regola, tra queste autorità non avvengono scambi di informazioni relativi allo statuto di assicurazione poiché in linea di massima tali flussi di informazioni non sono previsti.

4.2.3. Conclusione quanto alle pratiche cantonali in materia di assicurazione malattie

La maggior parte dei Cantoni non ha adottato normative speciali in materia di assicurazione malattie dei sans papiers. Il controllo dell'obbligo di assicurazione avviene nella maggior parte dei Cantoni mediante una verifica passiva dello statuto di assicurazione delle persone che si stabiliscono in un nuovo Comune e a tal fine si annunciano all'ufficio del controllo degli abitanti. Spesso, le autorità cantonali competenti per controllare le adesioni prendono atto delle persone senza copertura assicurativa soltanto se un fornitore di prestazioni mediche le contatta dopo aver curato una di queste persone e aver constatato che la copertura delle spese non è garantita. In alcuni Cantoni, l'affiliazione a un assicuratore malattie avviene senza che siano necessarie altre misure; in altri vengono informate le autorità migratorie e questa segnalazione può avere per conseguenza un allontanamento. Vi sono Cantoni (p. es. Friburgo e Vaud) che si sono dotati di normative che affrontano in modo esplicito e sistematico la questione della garanzia della copertura assicurativa e dell'assistenza sanitaria dei sans papiers. In diversi altri Cantoni, per assistere i sans papiers che chiedono l'adesione all'assicurazione malattie e le riduzioni dei premi, vi sono pratiche definite in modo meno chiaro, di natura informale, di carattere non vincolante e legate alle persone.

Le pratiche cantonali si muovono spesso tra il diritto d'asilo e l'obbligo di assicurazione e sono affrontate diversamente, a seconda della situazione politica del momento e della ricorrenza del problema. Inoltre, i sans papiers vogliono spesso evitare qualsiasi contatto con le autorità per ragioni inerenti al diritto degli stranieri. Tale situazione costituisce il motivo principale dell'impossibilità di applicare l'obbligo di assicurazione secondo la LAMal alla maggior parte dei sans papiers.

4.3 Accesso all'assistenza sanitaria

Il principio dell'obbligo di assicurazione sancito dalla LAMal prevede che tutte le persone assoggettate a tale obbligo hanno un accesso illimitato alle prestazioni dell'assistenza sanitaria indicate nel catalogo di base dell'AOMS, e ciò a prescindere dal loro statuto di soggiorno. Ciò dovrebbe permettere di realizzare la parità di trattamento nell'accesso all'assistenza sanitaria. Infatti l'articolo 41 lett. b della Costituzione federale dispone che la Confederazione e i Cantoni si adoperino a complemento della responsabilità e dell'iniziativa private affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute. Occorre inoltre rilevare che i sans papiers non assicurati possono cagionare elevati costi sociali sotto forma di fatture impagate, costi sopportati prima di tutto dal fornitore delle prestazioni e in seguito spesso dai poteri pubblici. In caso di diffusione di malattie le spese sono anche più elevate; inoltre potrebbero così essere importate e diffuse in Svizzera determinate malattie. Invece chi soggiorna in Svizzera al solo scopo di sottoporsi a cure mediche (i cosiddetti «turisti della medicina») non è sottoposto all'obbligo di assicurazione, ossia non ha il diritto di stipulare un'assicurazione.

4.3.1. Accesso ai fornitori di prestazioni e alle prestazioni

Situazione prevista dalle vigenti normative: i sans papiers sono domiciliati in Svizzera. Pertanto anch'essi hanno accesso ai fornitori di prestazioni e alle prestazioni mediche come le persone che soggiornano legalmente nel nostro Paese.

Situazione reale: se sono assicurati, i sans papiers hanno in principio accesso ai medesimi fornitori di prestazioni e alle medesime prestazioni cui hanno diritto le persone assicurate in situazione di soggiorno legale. Gran parte dei sans papiers non dispone tuttavia di un'assicurazione malattie e può eventualmente accedere alle strutture ordinarie soltanto come paziente privato. Alcuni Cantoni (p. es. Friburgo e il Vallese) si adoperano per assicurare con normative aggiuntive e provvedimenti politici l'assistenza sanitaria dei sans papiers, a prescindere dal fatto che questi ultimi dispongano di un'assicurazione malattie o no. Nei Cantoni di Ginevra e Vaud gli ospedali pubblici sono dotati di unità

specifiche a cui hanno accesso anche le persone non assicurate. Inoltre, in alcuni Cantoni vi sono strutture di accoglienza gestite da NPO che offrono cure a tariffe speciali o basate su altri modelli di finanziamento.

4.3.2. Conclusione sull'accesso all'assistenza medica

Il principio secondo cui tutti coloro che sono assoggettati all'obbligo di assicurazione dovrebbero fruire, indipendentemente dal loro statuto giuridico, della parità di trattamento nell'accesso alle prestazioni non è rispettato sotto diversi aspetti. Per beneficiare delle offerte delle strutture ordinarie di assistenza sanitaria occorrono un'assicurazione malattie o mezzi finanziari sufficienti per sostenere la totalità dei costi. Le pratiche cantonali si distinguono per quanto concerne i gruppi di persone interessati, l'accesso ai diversi fornitori di prestazioni (assistenza sanitaria di base e assistenza speciale) e per quanto concerne la portata delle prestazioni concesse.

La politica sanitaria deve esaminare gli ostacoli effettivamente incontrati dai sans papiers nell'accedere all'assistenza sanitaria, come pure gli ostacoli che questi ultimi considerano reali, nonché le pratiche restrittive in materia di pilotaggio dell'accesso all'assistenza sanitaria. Il fatto di ritardare i consulti medici fino a quando divengono indispensabili è causa dei gravi problemi di salute rende spesso necessarie cure dispendiose. Nel contempo, l'ipotesi di un accesso limitato all'assistenza sanitaria appare problematica in considerazione degli elevati tassi di prevalenza delle turbe psichiche, in particolare delle turbe da stress post traumatico, e dell'aumento dei comportamenti di dipendenza.

I costi dovuti ai ritardi sono frequentemente ben più elevati di quelli di un trattamento rapido che permette anche di evitare il diffondersi delle malattie.

4.4 Assunzione delle spese

Le pratiche in materia di assunzione delle spese delle prestazioni mediche di cui fruiscono i sans papiers non assicurati e insolventi variano fortemente a seconda dei Cantoni. Variano quindi anche i rischi che le autorità competenti siano informate del loro soggiorno illegale dei sans papiers non assicurati o insolventi che fanno ricorso a prestazioni mediche.

Come già menzionato, occorre far notare che i sans papiers non assicurati sono causa di elevati costi sociali e che questi costi, sotto forma di fatture impagate, devono essere presi a carico innanzitutto dai fornitori di prestazioni e in seguito anche dai poteri pubblici.

5. Analisi: problemi di attuazione dovuti a disfunzioni del sistema e a divergenze di interesse

La normativa sull'obbligatorietà dell'assicurazione non è lacunosa. Nella pratica, non sono di per sé garantiti né l'attuazione né il rispetto dei tre elementi dell'obbligo di disporre di una copertura assicurativa contro le malattie. La realizzazione di quanto prevede la LAMal si urta a diversi ostacoli pratici che sono in parte di natura sistemica e sono legati al soggiorno illegale dei sans papiers. Si constata, come già ricordato, che il fattore più importante è rappresentato dalla necessità dei sans papiers di evitare qualsiasi contatto con le autorità per ragioni inerenti al diritto degli stranieri. Da parte loro, spesso le pratiche comunali e cantonali si muovono tra il diritto degli stranieri e l'obbligatorietà dell'assicurazione e a volte possono essere risolte con un approccio non ufficiale, a seconda della loro ricorrenza e della situazione politica, ciò che potrebbe tuttavia rivelarsi insufficiente per imporre l'obbligo d'assicurazione.

5.1. Discrepanza tra requisiti di legge e realtà sociale

Il soggiorno illegale dei sans papiers ostacola da diversi profili l'attuazione dell'obbligo di disporre di una copertura assicurativa per la malattia. I controlli delle adesioni che le autorità dovrebbero compiere in applicazione dell'articolo 6 LAMal non possono essere eseguiti, se le persone che devono esserne oggetto non sono note alle autorità, come è il caso per la maggior parte dei sans papiers.

Sovente i sans papiers non dispongono dei fondi necessari per ottemperare al loro obbligo di stipulare un'assicurazione. Di conseguenza, anche se lo volessero non potrebbero osservare i requisiti di legge. Nella pratica nemmeno la riduzione dei premi, strumento sancito dalla legge, riesce ad alleviare queste difficoltà di accesso alla copertura assicurativa. Essi non possono nemmeno impugnare il rifiuto di una proposta di assicurazione. Il rischio di essere scoperti, la mancanza di fondi, l'insufficiente informazione di cui dispongono i sans papiers quanto ai loro diritti e le scarse conoscenze delle offerte di sostegno sono aspetti rilevanti nell'ambito della presente problematica.

5.2. Conflitti tra finalità dello Stato e interessi individuali dei sans papiers

I conflitti tra interessi divergenti complicano l'attuazione delle normative vigenti. Da una parte, gli interessi statali in materia di politica sanitarie e di politica migratoria non sono i medesimi, dall'altra vi sono collisioni tra interessi statali e individuali (l'obbligo di assicurazione e l'assistenza sanitaria della LAMal si contrappongono alle finalità del diritto dell'asilo e del diritto degli stranieri).

Vi sono conflitti anche tra interessi statali e individuali: in linea di massima i sans papiers vogliono rimanere nella clandestinità e preferiscono evitare i contatti con le strutture ordinarie. Una maggiore severità nell'applicazione dell'obbligo di assicurazione sancito dalla LAMal permetterebbe di migliorare la salute dei sans papiers, ma incrementerebbe l'onere finanziario che devono sopportare e li esporrebbe al rischio di procedure di esecuzione, aumentando il loro rischio di venire scoperti. Di conseguenza, non hanno in linea di massima alcun interesse a entrare in contatto con le autorità e gli assicuratori.

6. Obiettivi e misure del Consiglio federale

Il Consiglio federale ha preso atto del rapporto finale «Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers» allestito dall'ufficio Vatter SA, che illustra in modo esauriente il contesto giuridico e il nesso tra le previsioni e la situazione reale.

Nel rapporto finale sono formulati alcuni obiettivi e misure. Il Consiglio federale sostiene tali obiettivi, in particolare:

- 1. il grado di copertura assicurativa dei sans papiers deve essere aumentato;**
- 2. gli assicuratori devono garantire una parità di trattamento tra sans papiers e gli altri assicurati;**
- 3. i Cantoni devono garantire il rispetto dell'obbligatorietà dell'assicurazione;**
- 4. gli ostacoli esistenti nella prassi per accedere all'AOMS devono essere eliminati.**

Per raggiungere questi obiettivi, il Consiglio federale sottolinea il principio dell'obbligatorietà assicurativa per le persone residenti in Svizzera, ossia anche per i sans papiers.

Nel suo rapporto del 22 ottobre 2012 in adempimento del postulato Lustenberger (07.3682; Agevolazione dello scambio di dati tra autorità federali e cantonali), il Consiglio federale ha incaricato il DFGP di verificare, in collaborazione con il DFI, se le autorità preposte in materia di asilo e di stranieri devono essere informate nel caso in cui determinate persone versino contributi alle assicurazioni sociali, o ricevano prestazioni da esse, senza disporre di un permesso di dimora valido. Nell'ambito dell'assicurazione malattie, tale conclusione non influenza tuttavia l'esame in corso.

6.1. Conferma dell'obbligatorietà dell'assicurazione per le persone domiciliate in Svizzera

Il vincolo tra il domicilio di diritto civile e il principio dell'obbligatorietà dell'assicurazione è il principale strumento che permette di garantire ai sans papiers l'accesso all'assicurazione malattie e all'assistenza sanitaria.

È stato più volte suggerito di mitigare o abrogare l'obbligo di assicurazione dei sans papiers e di garantire loro in altro modo l'assistenza sanitaria. La soppressione della protezione assicurativa dei sans papiers colpirebbe un gruppo della popolazione a cui tale protezione è particolarmente necessaria a causa della sua estrema vulnerabilità. Si può inoltre ipotizzare che i costi sociali che dovrebbero essere sopportati se i sans papiers non fossero assicurati supererebbero i costi sostenuti per la loro assicurazione. Inoltre, occorre rilevare che molte malattie dei sans papiers non assicurati sono diagnosticate in ritardo e hanno quindi una maggiore diffusione.

Senza l'obbligatorietà dell'assicurazione malattie, non si saprebbe chi debba farsi carico delle spese delle cure mediche prestate a persone che non sono in grado di pagarle. Nell'ambito di diversi pareri, il Consiglio federale ha ribadito la propria posizione secondo cui occorre attenersi all'attuale sistema dell'obbligo generale di assicurazione previsto dalla LAMal e non vanno adottate normative speciali in materia di obbligo di assicurazione per quanto concerne i sans papiers (risposte all'interpellanza Parmelin 07.3090, alla mozione Kuprecht 10.3203 e all'interrogazione urgente Goll 10.1053).

6.2 Conclusione

Il Consiglio federale ritiene chiaro e in linea di principio sufficiente il quadro legale costituito dalla vigente legge federale sull'assicurazione malattie. Una revisione della LAMal non è pertanto necessaria.

Allegato: rapporto finale «Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers»
realizzato dall'ufficio Vatter SA