Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (RLCAMal)[1]

del 29 maggio 2012 (stato 23 ottobre 2026)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

vista la legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal),[2]

d e c r e t a :

TITOLO I
Competenze

Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG
(art. 3 LCAMal)

Art. 1 L'Istituto delle assicurazioni sociali e per esso la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG svolge i compiti di natura assicurativa che discendono dalla legislazione in materia di assicurazione malattie e sono di competenza cantonale.

TITOLO II
Controllo dell'obbligo d'assicurazione

A. Compiti della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG
I. In generale
(art. 12 cpv. 1 LCAMal)

Art. 2 La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG controlla l'obbligo d'assicurazione.

II. In particolare
(art. 12 cpv. 2 LCAMal)

Art. 3 [1]La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG emana all'indirizzo dei Comuni e degli assicuratori le direttive per il controllo dell'obbligo d'assicurazione.
[2]Essa allestisce i moduli ufficiali:
a) per le segnalazioni da parte dei Comuni di persone non iscritte a un assicuratore;
b) per le notifiche di iscrizione o di dimissione delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione da parte degli assicuratori.

B. Compiti dei Comuni
(art. 13-14 LCAMal)

Art. 4 [1]Il Comune accerta l'avvenuta iscrizione ad un assicuratore riconosciuto in caso di:
a) nascita;
b) arrivo di persone, soggette all'obbligo assicurativo, provenienti da un altro Comune svizzero o dall'estero.
[2]A tale scopo esso esige un documento dell'assicuratore che attesti l'iscrizione.
[3]Il Comune segnala immediatamente alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG il nominativo delle persone non iscritte ad un assicuratore riconosciuto.

C. Compiti degli assicuratori
(art. 15 LCAMal)

Art. 5 [1]Gli assicuratori notificano immediatamente in forma scritta alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG:
a) l'avvenuta iscrizione di ogni persona soggetta all'obbligo d'assicurazione;
b) le avvenute dimissioni di ogni persona soggetta all'obbligo d'assicurazione.
[2]Le notifiche di cui alle lett. a) e b) del capoverso 1 avvengono tramite il modulo allestito dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.

[1] Titolo modificato dal R 7.11.2018; in vigore dal 1.1.2019 - BU 2018, 408.
[2] Ingresso modificato dal R 1.12.2021; in vigore dal 1.1.2022 - BU 2021, 359.

D. Doveri dei datori di lavoro
(art. 16-17 LCAMal)

Art. 6 Su richiesta della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, i datori di lavoro devono fornire tempestivamente, in forma gratuita, ogni informazione necessaria per il controllo dell'obbligo d'assicurazione per i lavoratori non domiciliati e per i loro familiari.

E. Iscrizioni d'ufficio
(art. 19 LCAMal)

Art. 7 [1]L'iscrizione d'ufficio delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione, non iscritte presso un assicuratore, è ordinata dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, previa diffida scritta.
[2]La ripartizione tra i singoli assicuratori considera l'effettivo degli assicurati affiliati.

TITOLO III
Riduzione dei premi
Capitolo primo
Istanza di riduzione di premio

A. Modalità di presentazione
(art. 25 LCAMal)

Art. 8 [1]L'istanza di riduzione di premio o di rinnovo devono essere presentate alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG da un membro maggiorenne dell'unità di riferimento mediante l'apposito modulo ufficiale.
[2]Il modulo ufficiale, che è recapitato ai potenziali beneficiari dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG o può essere richiesto alla medesima da un membro maggiorenne dell'unità di riferimento, deve essere debitamente compilato e corredato dei giustificativi richiesti.
[3]Per ogni unità di riferimento deve essere presentata un'unica istanza di riduzione di premio o di rinnovo.

B. Accesso ai dati fiscali protetti
(art. 25a LCAMal)

Art. 8a [1]La protezione dei dati è assicurata da appropriate misure tecniche e organizzative definite in una specifica Convenzione d'accesso ai dati fiscali.
[2]Non è previsto un accesso diretto ai dati fiscali, che sono forniti tramite un'interfaccia realizzata secondo le specifiche della Divisione delle contribuzioni.
[3]Con l'inoltro della domanda o qualora l'assicurato chiedesse una consulenza riferita alle possibilità di inoltro della domanda, gli organi competenti per l'applicazione della legge sono autorizzati a consultare i dati fiscali necessari all'accertamento del diritto alla riduzione dei premi nell'assicurazione malattie delle persone facenti parte dell'unità di riferimento.
[4]Tutte le operazioni di consultazione di dati fiscali e i nominativi di chi le effettua sono registrati dal sistema informatico.

C. Assicurati beneficiari di PC AVS/AI e beneficiari di prestazioni Laps
(art. 42 cpv. 1 e 43 cpv. 1 LCAMal)

Art. 9 Sono esentati dal presentare l'istanza di riduzione di premio:
a) i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI;
b) i beneficiari di prestazioni ai sensi della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), del 5 giugno 2000.

D. Assicurati tassati alla fonte
(art. 25 LCAMal)

Art. 10 Per gli assicurati tassati alla fonte si applicano le medesime regole valide per gli assicurati tassati in via ordinaria.

Capitolo secondo
Unità di riferimento

A. Partner conviventi
(art. 26 cpv. 4 LCAMal)

Art. 10a[3] La convivenza è considerata stabile se, alternativamente:
a) vi sono figli in comune;
b) la convivenza procura gli stessi vantaggi di un matrimonio;
c) la convivenza dura da almeno 6 mesi.

B. Persone sole economicamente dipendenti
(art. 27 LCAMal)[4]

Art. 11 [1]Una persona è economicamente dipendente se cumulativamente:
a) non supera i 30 anni;
b) non è coniugata;
c) non ha figli a carico;
d) il totale dei redditi registrati nella tassazione fiscale determinante è inferiore al limite di fabbisogno esistenziale definito ai sensi della Laps.

[2]La persona di cui al capoverso 1 è inclusa nell'unità di riferimento se, al momento della presentazione dell'istanza di riduzione di premio, è in prima formazione secondo quanto previsto dalla Laps.

[3]Per gli assicurati tassati alla fonte, il totale dei redditi di cui alla lett. d) del capoverso 1 si riferisce a quello dei redditi esistenti al momento della presentazione dell'istanza di riduzione di premio.

Capitolo terzo
Premio medio di riferimento

A. Categorie di assicurati
(art. 28 cpv. 1 LCAMal)[5]

Art. 12 I premi medi di riferimento sono stabiliti separatamente per gli assicurati minorenni, per gli assicurati di età compresa tra 18 e 25 anni e per gli assicurati di età superiore a 25 anni.

B. Percentuali per la ripartizione degli assicurati fra modello assicurativo standard e modelli assicurativi alternativi
(art. 28 cpv. 2 lett. a) e b) LCAMal)

Art. 12a[6] Per la determinazione della percentuale degli assicurati fra modelli assicurativi sono considerati gli ultimi dati pubblicati dalla competente autorità federale.

C. Sconto medio percentuale
(art. 28 cpv. 2 lett. c) LCAMal)

Art. 12b[7] Lo sconto medio percentuale per le tre differenti categorie di assicurati previste dalla LAMal corrisponde alla differenza percentuale fra i premi relativi al modello assicurativo standard e quelli relativi al modello assicurativo medico di famiglia per singolo assicuratore malattie che offre questo tipo di modello assicurativo o equivalente, ponderata in base al numero di assicurati affiliati alle rispettive casse malattia nelle due regioni di premio.

D. Data di riferimento per numero assicurati
(art. 29 cpv. 3 LCAMal)[8]

Art. 13 Il numero degli assicurati da considerare per il calcolo del premio medio di riferimento è quello riferito al 1° luglio dell'anno precedente.

Capitolo quarto
Reddito di riferimento

A. Accertamento al di fuori o in assenza della tassazione fiscale determinante
(art. 30 cpv. 2 LCAMal)

Art. 14[9] [1]Il reddito di riferimento è determinato sulla scorta della situazione finanziaria e familiare più recente nei seguenti casi:

---

[3] Art. introdotto dal R 21.1.2015; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 14.
[4] Nota marginale modificata dal R 21.1.2015; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 14.
[5] Nota marginale modificata dal R 21.1.2015; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 14.
[6] Art. introdotto dal R 21.1.2015; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 14.
[7] Art. introdotto dal R 21.1.2015; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 14.
[8] Nota marginale modificata dal R 21.1.2015; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 14.
[9] Art. modificato dal R 10.4.2018; in vigore dal 1.1.2018 - BU 2018, 134.

a) persone soggette all'imposta alla fonte e persone soggette all'obbligo d'assicurazione svizzero in forza dell'Accordo CH/CE sulla libera circolazione delle persone o dell'Accordo di emendamento della Convenzione istitutiva dell'AELS, non tassate in Svizzera;
b) persone domiciliate che, al momento dell'istanza, non dispongono di alcuna tassazione fiscale e per le quali non sarà emessa una tassazione relativa al periodo fiscale determinante;
c) persone sole conformemente all'art. 11 capoverso 1 che hanno iniziato un'attività lucrativa dopo avere terminato la prima formazione;
d) decesso del coniuge o del partner registrato;
e) divorzio o separazione per sentenza giudiziaria o di fatto, scioglimento dell'unione domestica registrata;
f) cessazione totale dell'attività lucrativa a seguito di disoccupazione, pensionamento, infortunio, malattia, maternità o paternità, riqualificazione o perfezionamento professionale.

2Su richiesta, il reddito di riferimento è determinato sulla scorta della situazione finanziaria e familiare più recente nei seguenti casi:
a) cessazione parziale dell'attività lucrativa a seguito di disoccupazione, pensionamento, infortunio, malattia, maternità o paternità, riqualificazione o perfezionamento professionale;
b) diminuzione o aumento del reddito da lavoro (da attività dipendente o indipendente), rispetto al relativo dato desunto dalla tassazione fiscale determinante;
c) diminuzione o aumento delle prestazioni in forma di rendite, di indennità giornaliere delle assicurazioni sociali o private e delle pensioni alimentari, rispetto al relativo dato desunto dalla tassazione fiscale determinante;
d) diminuzione o aumento degli affitti percepiti, rispetto al relativo dato desunto dalla tassazione fiscale determinante;
e) diminuzione di almeno 10'000.– franchi dei valori di sostanza, se l'utilizzo della sostanza è comprovato e giustificato per necessità primarie proprie, rispetto al relativo dato desunto dalla tassazione fiscale determinante;
f) aumento di almeno 10'000.– franchi dei valori di sostanza, rispetto al relativo dato desunto dalla tassazione fiscale determinante.

3Nelle evenienze di cui al capoverso 1 e al capoverso 2 lett. a-e), in caso di esistenza di sostanza e reddito della sostanza mobiliare e immobiliare, i dati necessari sono desunti dall'ultima tassazione fiscale cresciuta in giudicato al momento della richiesta.

4I dati necessari nelle evenienze di cui ai capoversi 1 e 2 sono accertati mediante uno specifico modulo ufficiale che è recapitato dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.

5Per le persone non residenti in Svizzera, assicurate obbligatoriamente in Svizzera in ragione degli Accordi bilaterali CH/CE o della Convenzione istitutiva dell'AELS, di cui alla lett. a) del capoverso 1, si richiamano le disposizioni federali specifiche relative al calcolo del reddito determinante.

B. Spese professionali
(art. 31 cpv. 1 lett. f) LCAMal)

Art. 15 1Le spese professionali sono riconosciute per un importo annuo forfetario massimo di 4'000.-- franchi alle unità di riferimento nelle quali almeno un membro esercita un'attività salariata a titolo principale.

2Se la somma dei redditi netti conseguiti con l'attività salariata a titolo principale è inferiore al forfait di cui al capoverso 1, le spese professionali sono riconosciute unicamente fino all'ammontare di tale reddito.

C. Sostanza donata o ceduta in usufrutto
(art. 32 LCAMal)

Art. 16 1In caso di rinuncia a sostanza, per donazione o cessione in usufrutto durante o dopo il periodo fiscale determinante, nel calcolo del reddito di riferimento devono essere considerati i valori di sostanza antecedenti la rinuncia.

2I dati registrati nella tassazione fiscale prima della donazione o della cessione in usufrutto sono riportati anche sui periodi fiscali successivi e il rispettivo ammontare è ridotto annualmente di 10'000.– franchi.

Capitolo quinto
Ripartizione della riduzione dei premi

Criterio di ripartizione dell'importo globale
(art. 33 cpv. 2 LCAMal)

Art. 17 [1]La riduzione dei premi è ripartita tra i membri dell'unità di riferimento che soggiacciono all'obbligo assicurativo ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal), proporzionalmente al premio di riferimento di ciascun membro in rapporto al totale dei premi medi di riferimento dell'unità di riferimento.
[2]Se nell'unità di riferimento sono inclusi minorenni e/o giovani di età compresa fra 18 e 25 anni in formazione, la ripartizione di cui al capoverso 1 è effettuata dopo l'attribuzione della riduzione di premio a questi ultimi in conformità di quanto previsto dalle normative federali.
[3]Se la riduzione dei premi in favore dell'unità di riferimento non raggiunge almeno l'80 percento del premio medio di riferimento per i minorenni e almeno il 50 percento del premio medio di riferimento per i giovani di età compresa fra 18 e 25 anni in formazione inclusi nell'unità di riferimento, l'importo di riduzione sarà attribuito unicamente in favore degli stessi in proporzione al premio medio di riferimento di ciascun minorenne o giovane di età compresa fra 18 e 25 anni in formazione rispetto alla somma dei premi medi di riferimento relativi a questi ultimi.[10]

Capitolo sesto
Anno di riferimento delle soglie Laps[11]

Limite di fabbisogno per il calcolo del reddito disponibile massimo
(art. 32a LCAMal)

Art. 18[12] Il limite di fabbisogno ai sensi della Laps, indipendentemente dalle modalità di accertamento del reddito di riferimento (art. 30 cpv. 1 e 2 LCAMal), corrisponde a quello valido per l'anno precedente all'anno di competenza.

Capitolo settimo
Procedure di comunicazione e pagamento

A. Scambio dati tra assicuratori e Servizio cantonale ai sensi dell'art. 106b cpv. 1 OAMal
(art. 65 cpv. 2 LAMal, 106b segg. OAMal e OSDRP-DFI)

I. In generale

Art. 19[13] [1]La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG e gli assicuratori procedono al reciproco scambio dei dati relativi ai singoli assicurati ai quali è stato riconosciuto il diritto alla riduzione di premio.
[2]Lo scambio dei dati è effettuato conformemente a quanto previsto dalla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

II. In particolare

1. Dagli assicuratori alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG

a) Scadenze
(art. 106b cpv. 3 OAMal)

Art. 19a[14] La comunicazione dei dati da parte degli assicuratori verso la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG è effettuata con frequenza quindicinale.

b) Dati supplementari
(art. 106c cpv. 6, 106d cpv. 1 seconda frase OAMal e 7 cpv. 2 OSDRP-DFI)

Art. 19b[15] [1]Su richiesta, gli assicuratori forniscono alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG i dati relativi al rapporto di assicurazione LAMal dei propri assicurati ai sensi del numero 3.2.15 degli standard RP.
[2]Su richiesta, gli assicuratori forniscono alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG i dati relativi all'effettivo dei propri assicurati ai sensi del numero 3.2.15 degli standard RP.

2. Dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG agli assicuratori

a) Scadenze
(art. 106b cpv. 3 OAMal)

---

[10] Cpv. modificato dal R 7.11.2018; in vigore dal 1.1.2019 - BU 2018, 408.
[11] Capitolo modificato dal R 10.4.2018; in vigore dal 1.1.2018 - BU 2018, 134.
[12] Art. modificato dal R 21.10.2026; in vigore dal 23.10.2026 - BU 2026, 338; precedente modifica: BU 2018, 134.
[13] Art. modificato dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
[14] Art. introdotto dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
[15] Art. introdotto dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.

Art. 19c[16] La comunicazione dei dati da parte della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG verso gli assicuratori è effettuata con frequenza mensile.

b) Dati supplementari
(art. 5 cpv. 3 lett. c OSDRP-DFI)

Art. 19d[17] Su richiesta, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG fornisce all'assicuratore i dati relativi allo stato delle decisioni relative alle riduzioni di premio.

3. Tra Servizi della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG
(art. 54a cpv. 5 e 6 OPC AVS/AI e 2 cpv. 1 OSDRP-DFI)

Art. 19e[18] La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG tramite il Servizio competente per le prestazioni PC AVS/AI comunica i dati anagrafici (cognome, nome, sesso, data di nascita, domicilio) e il numero d'assicurato AVS degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI e i dati relativi all'assicuratore malattie cui essi sono affiliati alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, Servizio competente per la riduzione dei premi.

B. Comunicazione dati da assicuratori ad assicurati[19]

Art. 20 Gli assicuratori comunicano i dati agli assicurati conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione malattie obbligatoria.

C. Pagamento in generale
I. Importo minimo della riduzione di premio
(art. 39 LCAMal)[20]

Art. 21[21] L'importo minimo al di sotto del quale il versamento della riduzione dei premi decade è di 120.– franchi all'anno per ogni singolo membro dell'unità di riferimento.

II. Versamento della riduzione di premio all'assicuratore
(art. 41 LCAMal)

Art. 22 La riduzione di premio è corrisposta di regola tramite l'assicuratore presso cui è iscritto ogni singolo membro dell'unità di riferimento.

III. Conteggi
(art. 45 LCAMal)
1. Acconti agli assicuratori

Art. 23 [1]La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG versa agli assicuratori acconti mensili anticipati stabiliti sull'importo globale presumibile di riduzione di premio per l'anno di competenza.
[2]La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG sospende totalmente o in parte il versamento degli acconti mensili se, nonostante diffida scritta, l'assicuratore non presenta il conteggio di chiusura conformemente all'art. 24.

2. Conteggio di chiusura
(art. 106b cpv. 3 e 106c cpv. 3 OAMal e OSDRP-DFI)

Art. 24[22] [1]Gli assicuratori presentano il conteggio di chiusura relativo all'applicazione della riduzione di premio entro la fine di febbraio dell'anno successivo a quello di corresponsione.
[2]I dati relativi al conteggio di chiusura degli anni dal 2014 e seguenti sono trasmessi conformemente a quanto previsto dell'OSDRP-DFI e sono elaborati ai sensi del numero 3.2.15 degli standard RP.
[3]La trasmissione della documentazione relativa alla chiusura per l'anno 2013 avviene per mezzo del modulo ufficiale allestito dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG da inoltrare debitamente compilato e corredato della documentazione richiesta.

3. Conguaglio

---

16 Art. introdotto dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
17 Art. introdotto dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
18 Art. introdotto dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
19 Nota marginale modificata dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
20 Nota marginale modificata dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
21 Art. modificato dal R 7.11.2018; in vigore dal 1.1.2019 - BU 2018, 408.
22 Art. modificato dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.

Art. 25 [1]La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG stabilisce il conteggio per il pagamento a conguaglio per l'anno decorso.
[2]Gli assicuratori possono presentare le osservazioni nel termine di 30 giorni dalla notifica del conteggio di cui al capoverso 1.

IV. Versamento diretto della riduzione di premio all'assicurato

Art. 26 [1]Il versamento diretto dell'importo di riduzione di premio all'assicurato avviene quando:
a) l'assicurato non è più iscritto presso l'assicuratore a cui era affiliato al momento in cui è stato stabilito il diritto alla riduzione di premio;
b) l'assicurato è iscritto presso il medesimo assicuratore, ma la riduzione retroattiva concerne periodi antecedenti il 1° gennaio dell'anno che precede quello di competenza;
c) un assicuratore ha cessato la propria attività e la gestione delle pratiche correnti non avviene tramite l'Istituzione comune LAMal, oppure per mezzo di un nuovo assicuratore.

[2]Prima di versare gli importi direttamente all'assicurato, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG verifica:
a) se il Cantone si è assunto oneri LAMal. Se così fosse, i relativi importi saranno oggetto di compensazione;
b) se ci sono degli scoperti presso l'assicuratore attuale. Se così fosse, il versamento diretto all'assicurato è momentaneamente sospeso in attesa di chiarimenti.

D. Pagamento in particolare assicurati beneficiari di PC AVS/AI

I. Procedure di versamento del premio[23]

Art. 27 Nelle procedure di versamento del premio agli assicuratori si applicano per analogia gli art. 19 e da 22 a 25.

II. Versamento diretto agli assicurati

Art. 28 A titolo eccezionale, quando l'assicuratore non è in grado di registrare versamenti retroattivi, il premio può essere versato direttamente all'assicurato secondo l'art. 26.

Capitolo ottavo
Istanza di revisione

A. Motivi

Art. 29 Ogni membro dell'unità di riferimento può presentare un'istanza di revisione della decisione o dell'importo di riduzione di premio al verificarsi di una delle situazioni di cui all'art. 14.

B. Decorrenza

Art. 30[24] L'istanza di revisione ha effetto:
a) in caso di cambiamento della situazione economica, dall'inizio del mese in cui è stato annunciato il cambiamento, ma al più presto dal mese in cui questo avviene;
b) in caso di cambiamento nell'unità di riferimento, dall'inizio del mese che segue quello in cui è avvenuto il cambiamento; è fatta salva la richiesta di restituzione di cui all'art. 49 LCAMal.

Capitolo nono
Diritto suppletorio

Diritto suppletorio

Art. 31 Per quanto non disposto dal presente regolamento si applica la legislazione sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali.

TITOLO IV
Assicurati insolventi
Capitolo primo
Competenze

Autorità competente
(art. 20 LCAMal)

[23] Nota marginale modificata dal R 16.4.2013; in vigore dal 1.1.2014 - BU 2013, 202.
[24] Art. modificato dal R 10.4.2018; in vigore dal 1.1.2018 - BU 2018, 134.

Art. 32 La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG è l'autorità designata per la gestione dei compiti concernenti il mancato pagamento dei crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Capitolo secondo
Comunicazioni

A. Assicuratori: comunicazioni relative alle esecuzioni forzate
(art. 22 LCAMal)

Art. 33 Gli assicuratori trasmettono trimestralmente alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG la lista degli assicurati nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi LEF.

B. Autorità cantonale preposta all'assistenza sociale: comunicazioni relative agli assicurati beneficiari di prestazioni assistenziali
(art. 22d LCAMal)

I. Dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG

Art. 34 La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG trasmette all'autorità cantonale preposta all'assistenza sociale i dati notificati dagli assicuratori relativi agli assicurati beneficiari di prestazioni assistenziali nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione ai sensi LEF, affinché valuti un pagamento diretto.

II. Alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG

Art. 35 [1]L'autorità cantonale preposta all'assistenza sociale dà comunicazione alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG degli assicurati per i quali non effettua alcun pagamento diretto all'assicuratore.
[2]Gli assicurati di cui al capoverso 1 sono da considerarsi secondo le modalità previste per gli assicurati che non pagano i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Capitolo terzo
Sospensione

Elenco degli assicurati sospesi ai Comuni e fornitori di prestazioni
(art. 22i LCAMal)

Art. 36 L'elenco degli assicurati che sono stati sospesi è accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni.

Capitolo quarto
Intervento sociale

A. Attività preventiva dei Comuni
(art. 22n LCAMal)

I. Assicurati morosi ed escussi[25]

Art. 37 [1]I Comuni svolgono attività preventiva nei confronti degli assicurati che non pagano i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e per questo escussi.
[2]A questo scopo essi convocano gli assicurati morosi ed escussi e verificano la loro situazione economica.

II. Assicurati morosi ed escussi beneficiari di AFI/API

Art. 38 [1]Nell'ambito dell'attività preventiva i Comuni verificano la situazione degli assicurati morosi ed escussi beneficiari di assegni familiari integrativi e di prima infanzia.
[2]Essi convocano l'assicurato interessato e, verificato il motivo del mancato pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, comunicano alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG l'esito della valutazione.

III. Convocazione e possibilità di segnalazione previa comminatoria penale

[25] Nota marginale modificata dal R 23.8.2023; in vigore dal 1.10.2023 - BU 2023, 280.

Art. 38a[26] 1I Comuni possono inviare un richiamo scritto assortito della comminatoria dell'azione penale giusta l'art. 292 del Codice penale nei confronti degli assicurati morosi ed escussi che non si sono presentati alla prima convocazione o non hanno fornito le informazioni richieste.
2I Comuni possono segnalare all'autorità penale gli assicurati che non danno seguito al richiamo e ne informano la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.

B. Valutazione dei Comuni
(art. 22g cpv. 2 LCAMal)
I. Modalità
(art. 22n cpv. 1 LCAMal)

Art. 39 1I Comuni trasmettono alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG l'esito dell'accertamento della situazione economica relativa agli assicurati morosi ed escussi. Un modulo, che riassume i redditi, la sostanza e le spese considerate, funge da supporto.
2Su richiesta della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG o spontaneamente, i Comuni valutano nuovamente la situazione economica degli assicurati segnalati.

II. Criteri
1. In generale

Art. 40 1La valutazione tiene conto dei parametri di calcolo contenuti nell'apposito modulo che si riferiscono alle spese, ai redditi e alla sostanza delle persone componenti l'unità di riferimento.
2Essa considera i parametri attuali e risultanti dai registri ufficiali o comprovati da documenti.

2. In particolare
a) Spese

Art. 41 Le spese da considerare nella valutazione sono in particolare:
– canone di locazione annuale o interessi passivi annuali sino all'importo massimo stabilito dalla Laps;
– premio dell'assicurazione malattie obbligatoria effettivo al netto dell'eventuale riduzione dei premi;
– fabbisogno annuo secondo la Laps;
– contributi alimentari versati e comprovati.

b) Redditi

Art. 42 1I redditi da considerare nella valutazione sono in particolare:
– redditi da attività lucrativa salariata al netto degli oneri sociali (AVS/AI/IPG/ AD/PP/AINF);
– redditi da attività indipendente;
– rendite di ogni tipo (svizzere e estere);
– reddito da sostanza mobiliare;
– reddito da sostanza immobiliare;
– contributi alimentari.

2Per i lavoratori indipendenti fanno stato i redditi accertati dall'autorità fiscale mediante l'ultima decisione di tassazione emanata. Se la situazione al momento della verifica non rispecchia quella accertata dall'autorità fiscale, l'assicurato deve fornire le prove documentali.

c) Sostanza

Art. 43 1La sostanza da considerare nella valutazione è in particolare:
– tutta la sostanza immobiliare lorda;
– tutta la sostanza mobiliare.

2Se la sostanza permette di far fronte ai crediti scoperti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il Comune preavvisa la sospensione.
3Se la sostanza immobiliare lorda supera il valore di 250'000.-- franchi, il Comune preavvisa la sospensione.

AVS/AI/ IPG: termine adeguato
(art. 22g cpv. 3 e 22n cpv. 3 LCAMal)

[26] Art. modificato dal R 18.12.2024; in vigore dal 1.1.2025 - BU 2024, 347; precedente modifica: BU 2023, 280.

Art. 44 [1]L'esito dell'accertamento è comunicato entro 40 giorni a decorrere dalla segnalazione dell'assicurato interessato al suo Comune da parte della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.
[2]Il Comune preavvisa la sospensione, se l'assicurato moroso non si presenta o non fornisce la documentazione richiesta nei tempi indicati.

D. Indennizzo
(art. 22p LCAMal)
Art. 45 L'indennizzo riconosciuto ai Comuni per i casi valutati e segnalati alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, per unità di riferimento o debitore dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, è definito tramite decreto esecutivo.

Capitolo quinto
Disposizioni transitorie

A. Termine adeguato
(art. 22g cpv. 3 e 22n cpv. 3 LCAMal)
Art. 46 Nell'anno 2012 i Comuni più popolosi possono superare il termine di 40 giorni previsto dall'articolo 44, previa comunicazione alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.

B. Indennizzo provvisorio
(art. 22p LCAMal)
Art. 47 Per l'anno 2012 l'indennizzo di cui all'art. 45 corrisponde a 150.– franchi.

C. Casi di rigore
Art. 48 Richiamato l'art. 84 LCAMal, dall'anno 2013 il limite di reddito disponibile di riferimento per la determinazione dell'importo normativo massimo di riduzione di premio si estende fino al limite di fabbisogno minimo, senza computo della pigione, ai sensi della Laps.

TITOLO IVa[27]
Ospedalizzazioni nel Cantone
Istituti acuti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal[28]

Determinazione dei volumi di attività
Art. 48a[29] Lo Stato e gli Istituti acuti (di seguito Istituti), ai fini della determinazione dei volumi di attività da finanziare con contributo globale, considerano in particolare i seguenti elementi:
a) evoluzione storica dei pazienti e dell'attività misurata in termini di *caseload* o di giornate di cura relativa ai pazienti LAMal residenti in Ticino;
b) risultati della regressione lineare per casi e attività applicata ai dati storici, di regola a partire dai dati 2012;
c) cambiamenti della struttura tariffale particolarmente incisivi per piccole strutture o per ventagli di prestazioni limitati, sulla base delle comunicazioni ufficiali di SwissDRG;
d) modifiche dei mandati attribuiti richieste dall'Autorità cantonale o imposte da disposizioni federali (medicina altamente specializzata).

Adeguamenti del contributo globale
Art. 48b[30] [1]Il contributo globale rimane fisso entro una soglia del +/-3% di variazione dell'attività a consuntivo.
[2]L'attività a consuntivo è verificata dall'Unità statistiche sanitarie del Dipartimento della sanità e della socialità, sulla base delle codifiche inviate ogni anno all'Ufficio federale di statistica, conformemente all'art. 48g.
[3]Variazioni oltre la soglia sono remunerate a costi variabili.

Determinazione dei costi variabili

---

[27] Titolo introdotto dal R 23.8.2016; in vigore dal 26.8.2016 - BU 2016, 382.
[28] Sottotitolo modificato dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[29] Art. modificato dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76; precedente modifica: BU 2016, 382.
[30] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.

Art. 48c[31] I costi variabili rappresentano una percentuale dei costi totali di ogni Istituto e si riferiscono alle seguenti categorie di costo riprese dal piano contabile REKOLE:

a) gruppi 30-39 Costi del personale: per il settore somatico-acuto si considera la variazione del costo totale degli ultimi due consuntivi; per la psichiatria e la riabilitazione si considerano il 75% del costo del personale curante e il 25% del costo del personale terapeutico del consuntivo dell'anno del contributo;
b) gruppo 38 Onorari medici;
c) gruppo 40 Fabbisogno medico;
d) gruppo 41 Prodotti alimentari;
e) gruppo 42 Economia domestica;
f) gruppo 48 Altre prestazioni ai pazienti.

Ammontare dell'adeguamento

Art. 48d[32] [1]La percentuale di costi variabili determinata secondo i parametri dell'art. 48c è applicata alla quota parte di tariffa a carico dello Stato (tariffa degressiva).

[2]L'adeguamento a costi variabili risulta dalla moltiplica della tariffa degressiva per la variazione di attività oltre la soglia ai sensi dell'art. 48b.

Adeguamenti del contributo globale per fattori straordinari e imprevedibili

Art. 48e[33] Il contributo globale può essere adeguato, con modalità da concordare di volta in volta per:

a) eventi eccezionali (epidemie, catastrofi, ecc.);
b) attribuzione di compiti non previsti dalla legislazione in vigore o a seguito di modifiche dei mandati secondo la pianificazione ospedaliera ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal;
c) modifiche legislative federali o cantonali comportanti segnatamente una diversa ripartizione del finanziamento tra lo Stato e le assicurazioni sociali, come pure accordi intercantonali sulle ospedalizzazioni fuori Cantone.

Obbligo informativo

Art. 48f[34] [1]Gli Istituti sono tenuti a fornire all'Area di gestione sanitaria del Dipartimento della sanità e della socialità, entro il 30 aprile di ogni anno:

– il formulario ITAR-K completo di tutti i suoi fogli;
– il formulario dati di base e prestazioni;

entro il 30 giugno di ogni anno:

– la suddivisione dell'attività effettuata (pazienti, *caseload* e/o giornate di cura) per gruppo assicurativo;
– la tabella con i nominativi dei medici assistenti, la specialità e l'anno di specializzazione, la data d'inizio e di fine del rapporto d'impiego;
– la tabella con gli *stage* del personale sanitario non universitario suddivisi in numero di allievi e di settimane di formazione offerti;
– il rapporto di revisione con allegati bilancio e conto economico revisionati;
– la suddivisione del risultato d'esercizio tra attività finanziata con contributo globale e il resto, certificata dall'Ufficio di revisione o autocertificata dalla Direzione;
– il rapporto di attività (se esistente);
– la dichiarazione di completezza.

[2]Resta riservato l'art. 66n LCAMal.

Statistiche

Art. 48g[35] [1]Gli Istituti sono tenuti a fornire all'Unità statistiche sanitarie del Dipartimento della sanità e della socialità (USS) i dati statistici richiesti dall'Ufficio federale di statistica in ossequio alle disposizioni LAMal.

[2]L'USS può richiedere eventuali statistiche supplementari connesse al controllo dei mandati di prestazione.

Risultato d'esercizio dell'attività finanziata con contributo globale

---

[31] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[32] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[33] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[34] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[35] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.

Art. 48h[36] [1]Gli Istituti predispongono la propria contabilità al fine di determinare il risultato d'esercizio dell'attività finanziata con contributo globale, conformemente alle disposizioni federali in materia.
[2]Gli Istituti presentano il risultato di cui al capoverso 1 certificato dall'Ufficio di revisione o autocertificato dalla Direzione.

TITOLO IVb[37]
Ospedalizzazioni fuori Cantone

Verifica dei requisiti e competenza decisionale

Art. 48i[38] [1]L'Area di gestione sanitaria è l'istanza deputata alla verifica dei requisiti formali per l'ottenimento della garanzia finanziaria per un ricovero ospedaliero fuori Cantone (domicilio del paziente, status dell'istituto di destinazione, tariffe richieste).
[2]L'Ufficio del Medico cantonale è l'istanza deputata alla verifica dei requisiti che determinano la tipologia di finanziamento da parte del Cantone (integrale per motivi medici o parziale nel caso in cui la prestazione richiesta sia disponibile in uno degli istituti dell'elenco cantonale).
[3]Esperite le verifiche di cui ai cpv. 1 e 2, l'Area di gestione sanitaria decide sull'assunzione da parte del Cantone dei costi dei ricoveri ospedalieri fuori Cantone.

TITOLO IVc[39]
Autorizzazione dei fornitori di prestazioni (art. 36 LAMal)

Competenza

Art. 48l[40] [1]L'Ufficio di sanità è l'autorità competente a rilasciare l'autorizzazione ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (di seguito AOMS).
[2]Esso può delegare ad altri organi amministrativi e a ordini e associazioni professionali (in tal caso considerati ausiliari dell'Ufficio di sanità) la valutazione di specifici requisiti formali per l'ottenimento dell'autorizzazione AOMS; la responsabilità decisionale resta dell'Ufficio di sanità.
[3]L'Ufficio di sanità può inoltre delegare agli enti di cui al cpv. 2 compiti di vigilanza sui requisiti formali per l'ottenimento dell'autorizzazione AOMS.

Procedura

Art. 48m[41] [1]Il fornitore di prestazioni che vuole esercitare a carico dell'AOMS deve presentare istanza d'autorizzazione al competente ufficio corredata di tutta la necessaria documentazione.
[2]Dopo le necessarie verifiche l'Ufficio di sanità decide sull'autorizzazione; esso ha la facoltà di rilasciare delle autorizzazioni limitate nel tempo.
[3]Nel caso in cui le condizioni non siano più soddisfatte, il Dipartimento della sanità e della socialità provvede a revocare l'autorizzazione ad esercitare a carico dell'AOMS.

Limitazione infermieri e organizzazioni di cura e d'aiuto a domicilio
(art. 55b LAMal)

Art. 48n[42] [1]Giusta l'art. 55b LAMal, qualora i costi annui per assicurato per le cure di cui all'art. 25a LAMal siano aumentati durante gli ultimi dieci anni in misura maggiore rispetto ai costi annui della media svizzera, l'Ufficio di sanità non rilascia nuove autorizzazioni AOMS a infermieri e organizzazioni di cura e d'aiuto a domicilio.
[2]Per la verifica dei costi annui di cui al capoverso 1 fanno stato i dati della statistica dell'AOMS pubblicata dall'Ufficio federale della sanità pubblica.
[3]Non sono sottoposte alla limitazione le istanze complete inoltrate all'Ufficio di sanità prima dell'entrata in vigore del presente articolo.

Vigilanza

---

[36] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[37] Titolo introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[38] Art. introdotto dal R 5.4.2017; in vigore dal 7.4.2017 - BU 2017, 76.
[39] Titolo introdotto dal R 1.12.2021; in vigore dal 1.1.2022 - BU 2021, 359.
[40] Art. introdotto dal R 1.12.2021; in vigore dal 1.1.2022 - BU 2021, 359.
[41] Art. introdotto dal R 1.12.2021; in vigore dal 1.1.2022 - BU 2021, 359.
[42] Art. modificato dal R 27.11.2024; in vigore dal 1.12.2024 - BU 2024, 320; precedente modifica: BU 2021, 359.

(art. 38 LAMal)

Art. 48o[43] L'Ufficio di sanità vigila sui fornitori di prestazioni al beneficio dell'autorizzazione ad esercitare a carico dell'AOMS, al fine di garantire l'osservanza delle condizioni formali e pronuncia se del caso le necessarie misure.

Tasse

Art. 48p[44] [1]Per l'istruzione delle pratiche amministrative, come pure per i compiti speciali di visita, di controllo, di ispezione e di consulenza sono percepite tasse e spese fino a un massimo di 2'000 franchi.

[2]Per le decisioni d'autorizzazione, di rifiuto o di revoca ad esercitare a carico dell'AOMS, sono prelevate delle tasse da 300 a 2'000 franchi.

Rimedi di diritto

Art. 48q[45] Contro le decisioni dell'Ufficio di sanità e del Dipartimento della sanità e della socialità è dato ricorso al Consiglio di Stato, le cui decisioni sono impugnabili dinnanzi al Tribunale cantonale amministrativo. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

TITOLO V
Approvazione delle convenzioni tariffali

Convenzioni tariffali

Art. 49 Ai fini dell'approvazione delle convenzioni e della relativa pubblicazione degli atti, le parti presentano la seguente documentazione:

a) la convenzione, così come gli eventuali allegati, con la firma originale delle parti;
b) il testo della convenzione e degli eventuali allegati, in formato elettronico.

TITOLO VI
Disposizione abrogativa e finale

A. Abrogazione

Art. 50 [1]Il regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 5 aprile 2011, è abrogato.

[2]Rimangono applicabili[46]:

a) l'articolo 21 relativo all'importo minimo della riduzione di premio per l'anno 2012;
b) gli articoli 33 cpv. 2 secondo trattino e 35 cpv. 1 lett. b. per le domande presentate prima del 1° gennaio 2012 e per le garanzie rilasciate su domande presentate entro il 31 dicembre 2011 nell'ambito dell'intervento sociale con riferimento a crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie maturati prima del 1° gennaio 2012;
c) l'art. 39 capoversi 1, 3 e 4 concernente assicurati minorenni per crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie maturati prima del 1° gennaio 2012;
d) l'art. 41 concernente i doveri degli assicuratori;
e) l'art. 42 per la restituzione da parte degli assicuratori della riduzione dei premi di assicurati sospesi che non sono più soggetti all'obbligo d'assicurazione;
f) gli articoli da 43 a 50 per le richieste di rimborso presentate dai fornitori di prestazioni riferite a cure medico-sanitarie dell'assicurazione obbligatoria fornite prima del 1° gennaio 2012;
g) l'articolo 52 cpv. 2 e di conseguenza le seguenti disposizioni del Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 13 novembre 2007:
   1) gli articoli 58 e 59 per i crediti scoperti maturati dall'assicuratore prima del 1° gennaio 2006;
   2) gli articoli 8-38 per determinare il diritto alla riduzione dei premi per l'anno 2011 e per gli anni precedenti.

Art. 50a[47] Il decreto esecutivo che designa l'istanza deputata a verificare se sono adempiuti i requisiti per l'assunzione da parte del Cantone dei costi di cui all'art. 41 cpv. 3 LAMal del 10 dicembre 2002, è abrogato.

---

[43] Art. modificato dal R 27.11.2024; in vigore dal 1.12.2024 - BU 2024, 320; precedente modifica: BU 2021, 359.

[44] Art. modificato dal R 27.11.2024; in vigore dal 1.12.2024 - BU 2024, 320; precedente modifica: BU 2021, 359.

[45] Art. introdotto dal R 27.11.2024; in vigore dal 1.12.2024 - BU 2024, 320.

[46] Gli articoli seguenti sono riportati alla fine del regolamento.

[47] Art. introdotto dal R 23.8.2016; in vigore dal 26.8.2016 - BU 2016, 382.

B. Entrata in vigore

Art. 51 Il presente regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore immediatamente,[48] tranne gli articoli 21 e 48 che entreranno in vigore il 1° gennaio 2013.

Pubblicato nel BU **2012**, 206.

DISPOSIZIONI PREVIGENTI

Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)

(del 5 aprile 2011)

B. Pagamento in generale

I. Importo minimo della riduzione di premio

(art. 39 LCAMal)

Art. 21 L'importo minimo al di sotto del quale il versamento della riduzione dei premi decade è di 12.– franchi all'anno per ogni singolo assicurato.

B. Prevenzione della sospensione e promozione del pagamento autonomo degli oneri LAMal

Art. 33 [1]La Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG si attiva, nella misura del possibile, nella prevenzione di casi di sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal.

[2]In particolare:

– promuove il pagamento autonomo degli oneri LAMal, anche segnalando, ove si reputa necessario, i casi particolari di assicurati sospesi ai Comuni di domicilio o di residenza;
– in casi di gravi necessità medico-sanitarie o di pronunciata difficoltà nella gestione amministrativa ordinaria delle incombenze correnti, stimola il ricorso ad un rappresentante ufficiale per l'assicurato sospeso; e segnatamente: tutore, curatore, persona qualificata ufficialmente designata.

[3]Esso promuove inoltre l'intervento di associazioni o di enti specifici preposti all'aiuto verso casistiche particolari di persone con problemi di malattia o con difficoltà nella gestione amministrativa ordinaria, nella finalità di promuovere l'assunzione in via autonoma e ordinaria degli oneri LAMal da parte degli assicurati.

D. Interventi specifici da parte del Cantone

Art. 35 [1]Previa richiesta, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG favorisce il rientro di persone sospese nel circuito ordinario di accesso ai fornitori di prestazioni, anche attraverso il pagamento dei crediti scoperti verso gli assicuratori malattie, nei casi particolari di:

a) beneficiari di altri interventi sociali che prevedono il pagamento dei premi o delle partecipazioni LAMal direttamente all'assicuratore malattie;
b) assicurati nei confronti dei quali è stato istituito in via ufficiale un provvedimento di tutela o di curatela.

[2]Essa si accerta in anticipo che esistano le premesse sufficienti affinché eventuali oneri che restano comunque a carico dell'assicurato siano pagati in via autonoma e regolare.

B. Assicurati minorenni

Art. 39 [1]Previa segnalazione o richiesta, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG procede immediatamente al pagamento dei crediti scoperti riguardanti gli assicurati minorenni.

[2]Nel contempo:

a) richiama i genitori ai doveri di legge relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;

[48] Entrata in vigore: 1° giugno 2012 - BU 2012, 206.

b) segnala la situazione al Comune di domicilio o di residenza.

3Anche in caso di pagamenti da parte del Cantone, l'assicuratore mantiene la procedura di incasso forzato, nei confronti dei genitori, per crediti scoperti riguardanti assicurati minorenni.

4In caso di realizzazione nell'ambito della procedura di esecuzione, l'assicuratore restituisce immediatamente alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, in via prioritaria, quanto già anticipato dal Cantone per assicurati minorenni.

5L'assicuratore è tenuto a dar seguito immediatamente a ogni richiesta della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG riguardante crediti scoperti per assicurati minorenni, in particolare per quanto attiene alla presentazione dei medesimi per i pagamenti.

D. Doveri degli assicuratori

Art. 41 1Anche in caso di pagamento dei crediti scoperti da parte della Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, l'assicuratore è tenuto a proseguire la via esecutiva sia nei confronti della persona interessata che di eventuali debitori solidali.

2Se per un periodo in cui sopravviene il pagamento da parte del Cantone, l'assicuratore malattie è già in possesso di attestati di carenza di beni rilasciati all'assicurato in mora o a eventuali debitori solidali, tali attestati devono essere ceduti al Cantone.

3Se nel quadro della procedura esecutiva l'assicuratore:

a) realizza delle entrate: esso restituisce immediatamente alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG quanto da essa anticipato a titolo di crediti scoperti;
b) ottiene un attestato di carenza di beni per il periodo durante il quale il Cantone ha assunto i crediti scoperti: cede questo titolo di credito alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, nella forma originale.

Ciò vale anche nel caso di procedure contro i debitori solidali.

4L'assicuratore fornisce immediatamente, e in ogni momento, alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG, previa richiesta:

a) lo stato esatto dei crediti scoperti maturati fino a quel periodo da un assicurato in mora;
b) ogni altra informazione relativa allo stato dei pagamenti, o dei crediti scoperti, concernenti assicurati già colpiti da sospensione del riconoscimento delle prestazioni o in procinto di esserlo.

E. Restituzione di riduzione di premio

Art. 42 Al momento in cui l'assicurato con sospensione delle prestazioni, che ha beneficiato di riduzioni di premio, cessa di essere soggetto all'obbligo d'assicurazione, l'assicuratore deve restituire al Cantone gli importi di riduzione di premio a partire dalla data in cui è stata decretata la sospensione.

A. Principio

Art. 43 1Possono essere rimborsati solo i costi attinenti alle cure di prima necessità.

2Il fornitore di prestazioni che avanza la richiesta di pagamento deve attestare che la pretesa si limita a cure di prima necessità.

3Prima di procedere al pagamento, la Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG verifica che:

a) sia confermata la situazione di cure di prima necessità;
b) la procedura di incasso forzato da parte del fornitore di prestazioni non abbia avuto esito positivo.

B. Fornitori di prestazioni ammessi

I. In generale

Art. 44 Per le cure stazionarie o ambulatoriali di prima necessità sono ammessi:

a) le strutture EOC e OSC;
b) il Cardiocentro Ticino;
c) le farmacie operanti nel Cantone Ticino, a partire da prescrizioni che emanano dalle strutture di cui alle lett. a) e b) e all'art. 45.

II. Casi particolari

Art. 45 Sono inoltre ammessi alla fatturazione di cure di prima necessità:

a) gli ospedali extracantonali, nei casi in cui l'intervento sia suffragato dai motivi di ordine medico di cui alla LAMal;
b) le cliniche private per cure somatiche o psichiatriche, operanti nel Cantone Ticino, previa richiesta formale al Dipartimento della sanità e della socialità e impegno di principio, espressi

in forma scritta, a limitare le richieste di pagamento, o le prescrizioni di medicamenti, alle situazioni di cura di prima necessità;
c) le cliniche per cure di riabilitazione non praticata da EOC, previa prescrizione dei fornitori di prestazioni di cui all'art. 44 lett. a) e b), e solo per interventi di prima necessità;
d) servizi di autoambulanza.

C. Cliniche private e istituti di riabilitazione ammessi

Art. 46 Per ogni pagamento richiesto, le cliniche di cui all'art. 45 lett. b) e c) devono fornire indicazioni di dettaglio dei motivi per i quali le cure fatturate sono da rapportare a situazioni di prima necessità.

D. Fatturazione al Cantone: procedura

Art. 47 [1]I fornitori di prestazione ammessi fatturano le prestazioni a mezzo dei moduli ufficiali.
[2]Per ottenere il pagamento devono comprovare la mancata capacità di incasso in via diretta, al termine di una procedura di esecuzione. Alla richiesta deve essere allegata la copia dell'attestato di carenza di beni rilasciato al paziente.
[3]Una procedura esecutiva non è necessaria nel caso in cui al paziente siano stati rilasciati almeno due attestati di carenza di beni in un periodo di 24 mesi precedenti le richieste. In questo caso il fornitore di prestazioni deve allegare alla richiesta di pagamento la copia della dichiarazione di insolvenza rilasciata dall'Ufficio di esecuzione e falllimenti.

E. Pagamenti del Cantone

Art. 48 I pagamenti verso i fornitori di prestazioni ammessi si limitano ai costi delle cure di prima necessità prestate, ma non comprendono le spese di incasso o, in particolare, le spese esecutive di cui agli art. 43 cpv. 3 lett. b) e 47 cpv. 2 e cpv. 3.

F. Documentazione

Art. 49 [1]I fornitori di prestazioni ammessi devono presentare la medesima documentazione come da fatturazione ordinaria agli assicuratori malattie, unitamente alla dichiarazione che si tratta di cure di prima necessità.
[2]Le farmacie devono inoltre allegare la prescrizione rilasciata dai fornitori di prestazioni di cui agli art. 44 lett. a) e b) e 45, in cui si attesta che la medesima rientra nel contesto di cure di prima necessità.

G. Prescrizioni di medicamenti

Art. 50 [1]In caso di cure di prima necessità, le prescrizioni di medicamenti devono essere limitate, sia per i prodotti prescritti che per la durata temporale del trattamento, allo stretto necessario.
[2]Esse devono limitarsi ai prodotti registrati nell'Elenco delle specialità. Eventuali eccezioni, dettate da motivi di ordine medico, devono essere documentate al momento della richiesta di pagamento al Cantone.

A. Abrogazione

Art. 52 [1]Il regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal), del 13 novembre 2007, è abrogato.
[2]Rimangono applicabili:
a) gli articoli 58 e 59 per i crediti scoperti maturati dall'assicuratore prima del 1° gennaio 2006;
b) gli articoli 8 - 38 per determinare il diritto alla riduzione dei premi per l'anno 2011 e per gli anni precedenti.

Regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)

(del 13 novembre 2007)

Capitolo II
Riduzione individuale di premio nell'assicurazione malattie
Sezione I

Premio riconosciuto e quota media cantonale ponderata

A. Premio riconosciuto

Art. 8 [1]Il Consiglio di Stato approva il premio riconosciuto per ogni singolo assicuratore per il calcolo della riduzione di premio.
[2]Il premio riconosciuto è stabilito per gli assicurati minorenni, per gli assicurati di età compresa tra 18 e 25 anni e per gli assicurati di età superiore a 25 anni.
[3]All'assicuratore malattie è dato un termine di 30 giorni dalla notifica della decisione di approvazione del premio riconosciuto per presentare eventuali osservazioni.

B. Quota media cantonale ponderata

Art. 9 Il Consiglio di Stato stabilisce la quota media cantonale ponderata per gli assicurati minorenni, per gli assicurati di età compresa tra 18 e 25 anni e per gli assicurati di età superiore a 25 anni.

Sezione II
Istanza di riduzione di premio e reclamo

A. Norme generali

Art. 10 [1]L'istanza di riduzione di premio avviene per mezzo dei moduli ufficiali. Resta riservato l'art. 12.
[2]I moduli ufficiali sono recapitati dall'Istituto delle assicurazioni sociali ai potenziali beneficiari della riduzione di premio o possono essere ritirati dai singoli richiedenti presso la Cancelleria del Comune di residenza.
[3]L'istanza dev'essere corredata dei documenti richiesti con il modulo ufficiale.

B. Termini di presentazione dell'istanza

Art. 11 [1]L'Istituto delle assicurazioni sociali stabilisce i termini di presentazione dell'istanza, tenuto conto che di regola:
a) per gli assicurati tassati in via ordinaria l'istanza è presentata nel corso dell'anno che precede la corresponsione della riduzione di premio;
b) per gli assicurati tassati alla fonte l'istanza è presentata nel corso dell'anno medesimo per il quale si richiede la riduzione di premio;
c) gli assicurati che si stabiliscono nel Cantone ad anno inoltrato, possono avanzare l'istanza nel corso dell'anno stesso per il quale si richiede la riduzione di premio;
d) gli assicurati che nel corso dell'anno, per inizio di assoggettamento fiscale o per le situazioni di cui all'art. 31, ritenessero di rientrare nel diritto alla riduzione di premio, possono presentare istanza nel corso dell'anno stesso.

[2]Per casi particolari e per ragioni comprovate, l'Istituto delle assicurazioni sociali può ritenere anche istanze che giungessero fuori dei termini stabiliti per l'inoltro della richiesta.

C. Beneficiari di PC AVS/AI

Art. 12 I beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI sono esentati dal presentare l'istanza di riduzione di premio.

D. Istanza di revisione della decisione o dell'importo di riduzione di premio

Art. 13 [1]Gli assicurati possono presentare un'istanza di revisione della decisione o dell'importo di riduzione di premio:
a) a seguito dell'emissione di una tassazione per l'inizio di assoggettamento;
b) per le situazioni di cui all'art. 31.

[2]L'istanza di revisione deve essere inoltrata entro 3 mesi dal verificarsi delle situazioni di cui al cpv. 1.

E. Reclamo

Art. 14 Al reclamo all'Istituto delle assicurazioni sociali deve essere allegata una copia della decisione con cui l'istanza è stata respinta.

Sezione III
Diritto alla riduzione di premio e calcolo

A. In generale

Art. 15 Posto il diritto alla riduzione di premio, di principio l'importo della medesima è calcolato sulla base dei dati fiscali dell'istante.

B. Persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a 6'000.-- franchi

I. in generale

Art. 16 [1]Le persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a 6'000.-- franchi, che ritengono di aver diritto alla riduzione di premio, devono indicare il nucleo primario di riferimento.
[2]Il diritto alla riduzione di premio e l'importo della stessa sono stabiliti in base al reddito determinante del nucleo primario di riferimento (reddito di riferimento).

II. persone nel frattempo economicamente autosufficienti

Art. 17 [1]Le persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a 6'000.-- franchi, sono esentate dallo specificare il nucleo primario di riferimento se al momento dell'istanza hanno un'entrata lorda propria non inferiore al limite massimo per persone sole ai sensi della legge federale sulle prestazioni complementari AVS/AI, su base mensile.
[2]Il diritto alla riduzione di premio e l'importo della stessa sono definiti tramite la trasformazione delle entrate lorde in reddito determinante a partire dalle tabelle ufficiali di conversione.

III. persone che al momento dell'istanza hanno un'età non inferiore ai 35 anni

Art. 18 [1]Le persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a 6'000.-- franchi, sono esentate dallo specificare il nucleo primario di riferimento se, al momento dell'istanza, cumulativamente:
a) conducono un'esistenza autonoma;
b) hanno un'età non inferiore a 35 anni, ma non superiore all'età AVS.
[2]Il diritto alla riduzione di premio e il calcolo della stessa sono definiti a partire dai dati dell'istante desunti dal periodo fiscale stabilito dal Consiglio di Stato.

C. Casi particolari

Art. 19 [1]Casi particolari e documentati per i quali, a giudizio dell'Istituto delle assicurazioni sociali, la riduzione di premio può essere concessa facendo astrazione dal reddito di riferimento, sono esentati dallo specificare il nucleo primario di riferimento.
[2]In tali casi l'Istituto delle assicurazioni sociali stabilisce il reddito determinante applicando per analogia le modalità di accertamento previste per il caso più prossimo.

D. Persone soggette all'imposta alla fonte

Art. 20 Le persone sole tassate alla fonte che al momento dell'istanza di riduzione di premio hanno entrate proprie inferiori al limite di reddito massimo per persone sole ai sensi della legge federale sulle prestazioni complementari AVS/AI, su base mensile, devono indicare il nucleo primario di riferimento.

E. Persone soggette all'imposta cantonale solo per una parte del loro reddito o della loro sostanza

Art. 21 Per i contribuenti tassati nel Cantone soltanto per una parte del loro reddito o della loro sostanza, vengono considerati la somma dei fattori di reddito che è servita di base per l'applicazione dell'aliquota di imposta, così come il valore della sostanza in Svizzera o all'estero.

F. Reddito determinante

Art. 22 Il reddito determinante è desunto dal periodo fiscale stabilito dal Consiglio di Stato.

G. Reddito di riferimento

Art. 23 Per reddito di riferimento di cui agli art. 16 e segg., si intende il reddito determinante della persona o della famiglia da cui gli assicurati indicati dipendono per il proprio sostentamento, desunto dal periodo fiscale determinante.

H. Comunicazione agli assicuratori

Art. 24 L'istituto delle assicurazioni sociali comunica agli assicuratori i dati relativi ai singoli assicurati interessati al fine dell'applicazione della riduzione di premio.

Sezione IV

Versamento della riduzione di premio

A. Versamento della riduzione di premio all'assicuratore

Art. 25 Di regola la riduzione di premio è corrisposta all'assicurato tramite l'assicuratore presso cui è iscritto.

B. Versamento diretto all'assicurato

Art. 26 1Il versamento diretto dell'importo di riduzione di premio all'assicurato avviene quando:

a) l'assicurato non è più iscritto presso l'assicuratore a cui era affiliato al momento in cui è stato stabilito il diritto alla riduzione di premio;
b) l'assicurato è iscritto presso il medesimo assicuratore, ma la riduzione retroattiva concerne periodi antecedenti il 1° gennaio dell'anno che precede quello di competenza;
c) un assicuratore ha cessato la propria attività e la gestione delle pratiche correnti non avviene tramite l'Istituzione comune LAMal, oppure per mezzo di un nuovo assicuratore.

2Prima di versare gli importi direttamente agli assicurati, l'Istituto delle assicurazioni sociali verifica:

a) se al destinatario sono stati pagati premi a seguito dell'emissione di attestati di carenza di beni o tramite dichiarazione di insolvenza, oppure se si è proceduto ad altri pagamenti in sua vece in ragione del mancato versamento personale degli oneri LAMal. Se così fosse, gli importi saranno oggetto di compensazione;
b) se ci sono degli scoperti presso l'assicuratore attuale. Se così fosse, il versamento diretto all'assicurato è momentaneamente sospeso in attesa di chiarimenti.

Sezione V
Conteggio degli importi di riduzione di premio

A. Acconti agli assicuratori

Art. 27 L'istituto delle assicurazioni sociali versa agli assicuratori acconti mensili anticipati stabiliti sull'importo globale presumibile di riduzione di premio per l'anno di competenza.

B. Documentazione

Art. 28 1Gli assicuratori presentano il conteggio di dettaglio relativo all'applicazione della riduzione di premio nel corso dell'anno successivo a quello di corresponsione, entro la data stabilita dall'Istituto delle assicurazioni sociali.

2L'Istituto delle assicurazioni sociali allestisce un modulo ufficiale per la segnalazione dei dati da parte degli assicuratori.

3Oltre alle informazioni contenute nel modulo ufficiale di cui al cpv. 2, l'Istituto delle assicurazioni sociali ha facoltà di chiedere la produzione di altra documentazione.

C. Conguaglio

Art. 29 1L'Istituto delle assicurazioni sociali, dopo aver esaminato la documentazione prodotta, stabilisce il conteggio per il pagamento a conguaglio per l'anno decorso.

2Agli assicuratori è assegnato un termine di trenta giorni dalla notifica di cui al cpv. 1 per eventuali osservazioni alle rettifiche operate dall'Istituto delle assicurazioni sociali.

D. Misure d'ordine

Art. 30 Se, nonostante diffida scritta, un assicuratore non rispetta le disposizioni di cui all'art. 28, l'Istituto delle assicurazioni sociali sospende totalmente o in parte il versamento degli importi di riduzione di premio.

Sezione VI
Accertamento del reddito determinante al di fuori, o in assenza, della tassazione fiscale applicabile

A. Accertamento del reddito da parte dell'Istituto delle assicurazioni sociali

Art. 31 L'Istituto delle assicurazioni sociali procede autonomamente all'accertamento del reddito determinante al di fuori, o in assenza, della tassazione fiscale applicabile, in particolare, nei seguenti casi:

a) persone soggette all'imposta alla fonte;
b) decesso del coniuge o del partner registrato;
c) matrimonio, divorzio o separazione per sentenza giudiziaria o di fatto, scioglimento dell'unione domestica registrata, nel caso di assenza di tassazione applicabile;

d) persone sole che esercitano un'attività lucrativa o conducono esistenza autonoma, con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a 6'000.-- franchi, secondo il periodo fiscale determinante;
e) persone domiciliate che al momento dell'istanza non dispongono di alcuna tassazione fiscale e per le quali non sarà emessa una tassazione relativa al periodo fiscale determinante;
f) persone al beneficio di misure ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione, dopo almeno sei mesi di inattività lucrativa;
g) persone al beneficio di prestazioni ai sensi della legge sull'assistenza sociale, d'intesa con il competente Ufficio;
h) cessazione definitiva dell'attività lucrativa a causa di pensionamento o di invalidità;
i) cessazione temporanea di attività lucrativa per riqualificazione o perfezionamento professionale;
l) cessazione dell'attività lucrativa a seguito di maternità;
m) diminuzione importante del reddito netto da attività dipendente o indipendente, oppure del reddito da pensioni, rendite e assegni, rispetto al medesimo dato desumibile dai parametri fiscali applicabili;
n) persone soggette all'obbligo d'assicurazione svizzero in forza dell'Accordo CH/CE sulla libera circolazione delle persone o dell'Accordo di emendamento della Convenzione istitutiva dell'AELS, non tassate in Svizzera o tassate alla fonte.
o) diminuzione importante dei valori di sostanza desunti dalla tassazione applicabile, nel caso in cui sia comprovato, e giustificato, l'utilizzo della sostanza per necessità primarie proprie. In questo caso la riduzione di premio è decisa in considerazione dei parametri di sostanza riportati nell'ultima tassazione cresciuta in giudicato al momento dell'istanza.[49]

B. Norme di controllo

Art. 32 L'Istituto delle assicurazioni sociali verifica l'attendibilità delle dichiarazioni dell'assicurato attraverso l'assunzione di ogni informazione utile.

C. Salariati

Art. 33 [1]La persona che esercita un'attività lucrativa salariata è tenuta a presentare all'Istituto delle assicurazioni sociali:
a) il certificato di salario rilasciato dal datore di lavoro;
b) una dichiarazione che attesti eventuali altre entrate (reddito accessorio, reddito del coniuge o del partner registrato, reddito della sostanza, rendite, pensioni o altro), oppure l'esistenza di sostanza.

[2]L'Istituto delle assicurazioni sociali allestisce un modulo ufficiale per l'accertamento del reddito e della sostanza al di fuori della tassazione fiscale del periodo stabilito dal Consiglio di Stato.
[3]Le direttive di applicazione dell'imposta alla fonte a carico dei lavoratori dipendenti non domiciliati, emanate dal Cantone, sono applicabili per analogia.

D. Indipendenti

Art. 34 La persona che esercita un'attività lucrativa indipendente è tenuta a presentare all'Istituto delle assicurazioni sociali una dichiarazione che attesti il suo presumibile reddito e gli altri elementi di reddito e di sostanza conformemente all'art. 33.

E. Senza attività

Art. 35 La persona che non esercita attività lucrativa è tenuta a presentare all'Istituto delle assicurazioni sociali una dichiarazione che attesti l'esistenza di eventuali fonti di reddito, quali rendite, pensioni, indennità giornaliere, così come di altri elementi indicati all'art. 33.

F. Conversione del reddito lordo in imponibile

Art. 36 [1]La conversione del reddito lordo accertato in reddito imponibile avviene a partire dalle tabelle ufficiali allestite dalla Divisione delle contribuzioni.
[2]Il reddito imponibile della persona che esercita un'attività lucrativa indipendente è stabilito defalcando dal reddito aziendale la deduzione relativa al reddito d'attività lucrativa dei coniugi, dei partner registrati e quella per i figli a carico, in analogia con i disposti del diritto tributario.
[3]Per le persone non residenti in Svizzera, assicurate obbligatoriamente in Svizzera in ragione degli Accordi bilaterali CH/CE o della Convenzione istitutiva dell'AELS, si richiamano le disposizioni federali specifiche relative al calcolo del reddito determinante.

[49] Lett. introdotta dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.

G. Rinuncia a sostanza

Art. 36a[50] [1]In caso di rinuncia a sostanza, per donazione o cessione in usufrutto durante il periodo fiscale di riferimento, sul medesimo sono riportati i valori antecedenti la rinuncia.
[2]Tali valori sono riportati anche sui periodi fiscali successivi. L'ammontare è ridotto annualmente di 10'000.-- franchi.

Capitolo III
Pagamento dei premi per assicurati beneficiari di PC AVS AI

A. Procedure di versamento del premio

Art. 37 Nelle procedure di versamento del premio agli assicuratori si applicano per analogia gli art. 24, 25 e 27 a 30.

B. Versamento diretto agli assicurati

Art. 38 [1]A titolo eccezionale, quando l'assicuratore non è in grado di registrare versamenti retroattivi, il premio può essere versato direttamente all'assicurato.
[2]In questo caso fa stato il riferimento per analogia all'art. 26.

Sezione IV
Crediti scoperti maturati dall'assicuratore prima del 1° gennaio 2006

A. Riferimento

Art. 58 I crediti scoperti maturati prima del 1° gennaio 2006, oppure successivamente ai sensi del DL che disciplina le conseguenze del mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni LAMal, sono assunti giusta i disposti di cui al Regolamento della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 maggio 1994, ad eccezione dell'art. 83.

B. Deroghe al previgente regolamento

Art. 59[51] L'Istituto delle assicurazioni sociali può derogare all'art. 58 se, cumulativamente:
a) si tratta di un caso di reintegrazione di cui agli art. 42, 45 e 47;
b) è comprovata l'impossibilità di un pagamento in proprio da parte dell'assicurato, o per il tramite di enti o associazioni specifici, oppure di altre fonti.

[50] Art. introdotto dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.
[51] Art. modificato dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.