

**Regolamento
della legge di applicazione della legge federale
sull'assicurazione malattie (LCAMal)¹**
(del 13 novembre 2007)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

vista la legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997);

decreta:

Capitolo I
Controllo dell'obbligo d'assicurazione

A. Norme generali

Art. 1 ¹L'Istituto delle assicurazioni sociali vigila sull'assoggettamento all'obbligo d'assicurazione, con riferimento anche alle norme che discendono dall'Accordo CH/CE sulla libera circolazione delle persone e dall'Accordo di emendamento della Convenzione istitutiva dell'AELS.
²Esso si avvale in particolare della collaborazione delle Cancellerie comunali, dell'Amministrazione cantonale e degli assicuratori malattie riconosciuti ai sensi della LAMal (di seguito: assicuratori).

B. Norme particolari

Art. 2 L'Istituto delle assicurazioni sociali:

- a) vigila sulla continuità dell'obbligo d'assicurazione per le persone che rientrano nel campo di competenza del Cantone Ticino, e in particolare che non vi siano lacune temporali nella copertura. In caso contrario interviene di conseguenza;
- b) verifica che l'assicuratore applichi alle persone soggette all'obbligo d'assicurazione, che rientrano nel campo dei controlli del Cantone Ticino, i premi ufficialmente approvati per il Cantone Ticino. In caso contrario interviene di conseguenza;
- c) può formulare raccomandazioni agli assicuratori in margine all'applicazione del supplemento di premio per affiliazione tardiva;
- d) allestisce i moduli ufficiali per il controllo dell'obbligo d'assicurazione;
- e) elabora le statistiche relative all'assoggettamento assicurativo;
- f) emana le decisioni di legge.

C. Compiti dei Comuni

Art. 3 ¹Il Municipio 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.

²A tale scopo essi esigono un documento dell'assicuratore che attesti l'iscrizione.
³Il Municipio segnala immediatamente all'Istituto delle assicurazioni sociali il nominativo delle persone non iscritte ad un assicuratore riconosciuto.

D. Compiti degli assicuratori

Art. 4 ¹Gli assicuratori notificano immediatamente in forma scritta all'Istituto delle assicurazioni sociali:

- a) l'avvenuta iscrizione di ogni persona soggetta all'obbligo d'assicurazione;
- b) le avvenute dimissioni di ogni persona soggetta all'obbligo d'assicurazione.

²Le notifiche di cui ai capoversi 1 e 2 avvengono tramite modulo ufficiale allestito dall'Istituto delle assicurazioni sociali e in base alle disposizioni particolari del medesimo.

E. Doveri dei datori di lavoro

Art. 5 ¹Previa richiesta dell'Istituto delle assicurazioni sociali, i datori di lavoro devono fornire tempestivamente, in forma gratuita, ogni informazione in ordine al controllo dell'obbligo d'assicurazione per lavoratori non domiciliati.

¹ Titolo modificato dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.

²Nell'ambito dell'applicazione dell'Accordo CH/CE sulla libera circolazione delle persone e della Convenzione istitutiva dall'AELS, tali informazioni possono riguardare anche i familiari, residenti in Svizzera o all'estero, del lavoratore domiciliato o non domiciliato in Svizzera.

F. Compiti dell'Istituto delle assicurazioni sociali

Art. 6 ¹L'Istituto delle assicurazioni sociali emana all'indirizzo dei Comuni e degli assicuratori le direttive per il controllo dell'obbligo d'assicurazione.

²Esso allestisce i moduli ufficiali:

- a) per le segnalazioni da parte dei Comuni di persone non iscritte ad un assicuratore;
- b) per le notifiche di iscrizione o di dimissione delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione da parte degli assicuratori.

G. Iscrizioni d'ufficio

Art. 7 ¹L'iscrizione d'ufficio delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione, non iscritte presso un assicuratore, è ordinata dall'Istituto delle assicurazioni sociali, previa diffida scritta.

²La ripartizione tra i singoli assicuratori considera l'effettivo degli assicurati affiliati.

Capitolo II

Riduzione individuale di premio nell'assicurazione malattie

Sezione I

Premio riconosciuto e quota media cantonale ponderata

A. Premio riconosciuto

Art. 8 ¹Il Consiglio di Stato approva il premio riconosciuto per ogni singolo assicuratore per il calcolo della riduzione di premio.

²Il 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.

³All'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 ¹L'istanza di riduzione di premio avviene per mezzo dei moduli ufficiali. Resta riservato l'art. 12.

²I 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.

³L'istanza dev'essere corredata dei documenti richiesti con il modulo ufficiale.

B. Termini di presentazione dell'istanza

Art. 11 ¹L'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.

²Per 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 ¹Gli 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.

²L'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 fr. 6'000.--

I. in generale

Art. 16 ¹Le persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a fr. 6'000.--, che ritengono di aver diritto alla riduzione di premio, devono indicare il nucleo primario di riferimento.

²Il 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 ¹Le persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a fr. 6'000.--, 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.

²Il 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 ¹Le persone sole con reddito imponibile nullo o totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile inferiore a fr. 6'000.--, 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.

²Il 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 ¹Casi 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.

²In 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 fr. 6'000.--, 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 riqualficazione 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.²

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 ¹La 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;

² Lett. introdotta dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.

- 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.

²L'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.

³Le 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 giornaliera, così come di altri elementi indicati all'art. 33.

F. Conversione del reddito lordo in imponibile

Art. 36 ¹La conversione del reddito lordo accertato in reddito imponibile avviene a partire dalle tabelle ufficiali allestite dalla Divisione delle contribuzioni.

²Il 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.

³Per 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.

G. Rinuncia a sostanza

Art. 36a³ ¹In 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.

²Tali 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 ¹A titolo eccezionale, quando l'assicuratore non è in grado di registrare versamenti retroattivi, il premio può essere versato direttamente all'assicurato.

²In questo caso fa stato il riferimento per analogia all'art. 26.

Capitolo IV

Assicurati con sospensione di prestazioni LAMal o in mora con i pagamenti

Sezione I

Norme generali

A. Annunci di sospensione da parte degli assicuratori

Art. 39 ¹L'assicuratore annuncia immediatamente all'Ufficio cantonale preposto:

- a) ogni caso di inizio di sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal;
- b) ogni caso di riammissione definitiva di un assicurato precedentemente sospeso.

²L'annuncio di cui al cpv. 1 deve indicare:

- a) la data a partire dalla quale prendono effetto la sospensione delle prestazioni, rispettivamente la revoca della medesima;
- b) in caso di famiglie: l'indicazione specifica di ogni persona oggetto di sospensione.

³ Art. introdotto dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.

³L'Istituto delle assicurazioni sociali emana le direttive di procedura concernenti gli annunci da parte degli assicuratori.

Al riguardo può inoltre prevedere l'introduzione di una modulistica particolare.

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

Art. 40 ¹L'Istituto delle assicurazioni sociali si attiva, nella misura del possibile, nella prevenzione di casi di sospensione del riconoscimento delle prestazioni LAMal.

²In 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.

³Esso 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.

C. Segnalazione ai Comuni

Art. 41 ¹Di regola l'Istituto delle assicurazioni sociali segnala ai Comuni di domicilio o di residenza i casi di pagamento che interessano gli assicurati sospesi, sia per prestazioni medico-sanitarie, sia verso gli assicuratori, per gli eventuali interventi di prossimità ritenuti più opportuni, con riferimento anche alle norme sulla tutela o sulla curatela.

²Ciò avviene, in particolare, per ogni pagamento che riguarda gli assicurati minorenni.

D. Interventi specifici da parte del Cantone

Art. 42 ¹Previa richiesta, l'Istituto delle assicurazioni sociali 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.

²Esso 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.

E. Cure di prima necessità

Art. 43 ¹Per cure di prima necessità si intendono le cure mediche o farmacologiche indispensabili al fine di evitare un imminente pericolo di vita, importanti dolori, nonché danni gravi o permanenti alla salute.

²Al riguardo fa stato il giudizio medico, tenuto conto delle condizioni generali e delle condizioni specifiche di malattia della persona interessata.

F. Direttive di procedura e modulistica

Art. 44 L'Istituto delle assicurazioni sociali emana le direttive di procedura e allestisce la modulistica di riferimento per i pagamenti verso i fornitori di prestazioni e gli assicuratori malattie.

Sezione II

Pagamenti verso gli assicuratori

A. Principio

Art. 45 Il pagamento dei crediti scoperti verso gli assicuratori avviene:

- a) per gli assicurati minorenni;
- b) per gli assicurati maggiorenni, limitatamente ai casi:
 - di assicurati sospesi bisognosi di cure importanti o continue;
 - in cui a tutela della salute individuale della persona interessata, è indicato di mantenere, o di ripristinare, l'accesso ordinario ai fornitori di prestazioni.

B. Assicurati minorenni

Art. 46 ¹Previa segnalazione o richiesta, l'Istituto delle assicurazioni sociali procede immediatamente al pagamento dei crediti scoperti riguardanti gli assicurati minorenni.

²Nel contempo:

- a) richiama i genitori ai doveri di legge relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- 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 all'Istituto delle assicurazioni sociali, in via prioritaria, quanto già anticipato dal Cantone per assicurati minorenni.

⁵L'assicuratore è tenuto a dar seguito immediatamente a ogni richiesta dell'Istituto delle assicurazioni sociali riguardante crediti scoperti per assicurati minorenni, in particolare per quanto attiene alla presentazione dei medesimi per i pagamenti.

C. Assicurati maggiorenni

Art. 47 ¹Di principio i crediti scoperti sono pagati dall'Istituto delle assicurazioni sociali, richiamati gli art. 42 e 45 lett. b), se cumulativamente:

- a) è comprovato che la persona interessata non può far fronte in proprio agli arretrati;
- b) i premi o le partecipazioni correnti sono pagati dall'assicurato, oppure direttamente all'assicuratore attraverso un intervento sociale.

²Prima del pagamento, l'Istituto delle assicurazioni sociali può esigere l'attuazione di un provvedimento di tutela o di curatela, o quanto meno la designazione di un rappresentante ufficiale con potere di intervento nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, a garanzia del regolare pagamento futuro degli oneri LAMal.

³Nei casi di pagamenti da parte dell'Istituto delle assicurazioni sociali, saranno concordate, nella misura del possibile, le modalità di restituzione di importi assunti dal Cantone.

D. Doveri degli assicuratori

Art. 48 ¹Anche in caso di pagamento dei crediti scoperti da parte dell'Istituto delle assicurazioni sociali, 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 all'Istituto delle assicurazioni sociali quanto da esso 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 all'Istituto delle assicurazioni sociali, nella forma originale.

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

⁴L'assicuratore fornisce immediatamente, e in ogni momento, all'Istituto delle assicurazioni sociali, 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. 49 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.

Sezione III

Pagamenti verso i fornitori di prestazioni accreditati

A. Principio

Art. 50 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, l'Istituto delle assicurazioni sociali 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. 51 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. 52.

II. casi particolari

Art. 52 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 medicinali, 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. 51 lett. a) e b), e solo per interventi di prima necessità;
- d) servizi di autoambulanza.

C. Cliniche private e istituti di riabilitazione ammessi

Art. 53 Per ogni pagamento richiesto, le cliniche di cui all'art. 52 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. 54 ¹I fornitori di prestazione ammessi fatturano le prestazioni a mezzo dei moduli ufficiali.

²Per 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.

³Una 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 fallimenti.

E. Pagamenti del Cantone

Art. 55 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. 50 cpv. 3 lett. b) e 54 cpv. 2 e cpv. 3.

F. Documentazione

Art. 56 ¹I 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.

²Le farmacie devono inoltre allegare la prescrizione rilasciata dai fornitori di prestazioni di cui agli art. 51 lett. a) e b) e 52, in cui si attesta che la medesima rientra nel contesto di cure di prima necessità.

E. Prescrizioni di medicinali

Art. 57 ¹In caso di cure di prima necessità, le prescrizioni di medicinali devono essere limitate, sia per i prodotti prescritti che per la durata temporale del trattamento, allo stretto necessario.

²Esse 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.

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. 59⁴ 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.

Capitolo V
Approvazione delle convenzioni

Documentazione

Art. 60 ¹Ai 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.

²L'Istituto delle assicurazioni sociali determina la tipologia dei documenti richiesti in formato elettronico.

Capitolo VI
Disposizioni finali

A. Abrogazione

Art. 61 ¹Il Regolamento della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 maggio 1994 è abrogato.

²Restano riservati i disposti di cui agli art. 58 e 59.

B. Entrata in vigore

Art. 62 Il presente regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.⁵

Pubblicato nel BU **2007**, 673.

⁴ Art. modificato dal R 9.7.2008; in vigore dal 1.1.2008 - BU 2008, 478.

⁵ Entrata in vigore: 16.11.2007 - BU 2007, 673.