

Legge
di applicazione della Legge federale
sull'assicurazione malattie (LCAMal)
 (del 26 giugno 1997)

IL GRAN CONSIGLIO
 DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

- richiamata la Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e le relative Ordinanze;
- visti i messaggi 3 gennaio 1996 n. 4474, 20 marzo 1996 n. 4504 e 19 febbraio 1997 n. 4474 A del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 5 giugno 1997 n. 4474R / 4504 R / 4474A R della Commissione della gestione e delle finanze,

d e c r e t a :

TITOLO I
Disposizioni generali

A. Scopo

Art. 1 La presente legge definisce le disposizioni cantonali di esecuzione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

B. Campo di applicazione

Art. 2 ¹La presente legge si applica alle persone soggette alla LAMal:

- a) in modo obbligatorio;
- b) in modo facoltativo.

²Sono riservati i disposti di cui al TITOLO IV, che si applicano solo alle persone soggette all'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal.

C. Vigilanza ed esecuzione

Art. 3 ¹Il Consiglio di Stato vigila sull'applicazione della presente legge e, riservate le competenze dell'autorità federale, sull'applicazione della LAMal nel Cantone Ticino.

²Esso affida i compiti esecutivi alla Cassa cantonale di compensazione AVS conformemente all'art. 63 cpv. 4 della Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti, del 20 dicembre 1946.

D. Obbligo di fornire informazioni

Art. 4 Le autorità amministrative e giudiziarie del Cantone e dei Comuni, come pure i datori di lavoro, forniscono gratuitamente le informazioni e le attestazioni necessarie ai fini dell'attuazione della legge, richieste dagli istituti di assicurazione riconosciuti e autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal (di seguito assicuratori), così come dagli altri organi incaricati dell'applicazione della presente legge.

E. Obblighi degli assicuratori

Art. 5 ¹Gli assicuratori svolgono a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla presente legge.

²Essi forniscono gratuitamente tutte le informazioni e le attestazioni necessarie agli organi incaricati della sua applicazione, e in particolare all'autorità cantonale di vigilanza.

³Essi informano inoltre gratuitamente i loro affiliati sui loro diritti e sui loro obblighi, e prestano a tale titolo la necessaria consulenza.

TITOLO II
Obbligo d'assicurazione
 CAPITOLO I
Norme generali

A. Adempimento dell'obbligo assicurativo

Art. 6 Le persone soggette all'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal devono iscriversi presso un assicuratore riconosciuto e autorizzato all'esercizio, secondo i disposti della presente legge, della Legge federale e delle relative Ordinanze.

B. Libera scelta dell'assicuratore

Art. 7 ¹Le persone sottoposte all'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie, scelgono liberamente l'assicuratore tra quelli designati dall'autorità federale.

²Il disposto di cui al cpv. 1 si applica anche alle persone che non sono tenute ad assicurarsi in forma obbligatoria, ma che hanno ottenuto l'autorizzazione ad iscriversi all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie ai sensi dell'art. 12 lett. e), f).

C. Inizio dell'obbligo d'assicurazione

Art. 8 L'obbligo assicurativo inizia al momento della nascita, dell'acquisizione del domicilio, dell'ottenimento del permesso di dimora in Svizzera o di qualsiasi altro permesso che implica l'assoggettamento obbligatorio all'assicurazione sociale contro le malattie ai sensi della LAMal e della relativa Ordinanza (OAMal).

D. Fine dell'obbligo d'assicurazione

Art. 9 L'obbligo assicurativo cessa il giorno in cui non sono più soddisfatte le condizioni previste dalla legge.

E. Esonero dall'obbligo di assicurazione

Art. 10 Le persone che soggiornano in Svizzera al solo scopo di seguire un trattamento medico o una cura, non sono soggette all'obbligo d'assicurazione.

CAPITOLO II

Controllo dell'obbligo d'assicurazione e affiliazione d'ufficio

SEZIONE I

Organizzazione

A. Vigilanza e controllo

Art. 11 ¹Il Consiglio di Stato definisce le procedure di vigilanza sull'adempimento dell'obbligo d'assicurazione.

²Il regolamento specifica le norme di applicazione del controllo dell'obbligo d'assicurazione.

B. Compiti del Consiglio di Stato

I. In generale

Art. 12 ¹Il Consiglio di Stato designa l'istanza competente nel merito delle decisioni circa l'applicazione dell'obbligo d'assicurazione.

II. In particolare

²In particolare dispone la procedura di decisione nel merito delle domande di:

- a) esenzione dall'obbligo d'assicurazione per le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù di un diritto estero, qualora l'assoggettamento all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura equivalente per le cure in Svizzera;
- b) esenzione dall'obbligo d'assicurazione per cittadini stranieri esercitanti un'attività lucrativa dipendente, con permesso di dimora valevole meno di tre mesi;
- c) esenzione dall'obbligo d'assicurazione per le persone che, nell'ambito dell'aiuto reciproco internazionale in materia di prestazioni d'assicurazione malattie, beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera;
- d) esenzione dall'obbligo d'assicurazione per gli ex funzionari di organizzazioni internazionali ed i rispettivi familiari, qualora beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera presso l'assicurazione malattie della loro precedente organizzazione;
- e) ammissione all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie per i lavoratori frontalieri esercitanti un'attività lucrativa in Svizzera, così come per i loro familiari;
- f) ammissione all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie per i membri delle missioni diplomatiche, delle missioni permanenti e delle sedi consolari in Svizzera, così come per gli impiegati di organizzazioni internazionali e i rispettivi familiari che li accompagnano.

C. Compiti dei Comuni

I. In generale

Art. 13 ¹Il Comune è responsabile del controllo dell'applicazione dell'obbligo d'assicurazione.

²Esso segnala immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato le persone che non hanno costituito il rapporto assicurativo ai sensi di legge o che lo hanno fatto tardivamente.

³Il regolamento definisce le norme di dettaglio.

II. In particolare

Art. 14 ¹In caso di mancata segnalazione immediata all'autorità cantonale competente, il Comune è solidalmente responsabile, con la persona interessata, delle spese medico-sanitarie per quanto riguarda i cittadini sottoposti all'obbligo d'assicurazione che vi hanno eletto la loro residenza dopo l'entrata in vigore della LAMal, per il periodo in cui quest'ultimi non risultano iscritti presso un assicuratore riconosciuto.

²Ogni pretesa di cui al cpv. 1 è soggetta a perenzione dopo cinque anni.

³È riservato l'art. 17 cpv. 2.

D. Compiti degli assicuratori

Art. 15 ¹L'assicuratore affilia le persone sottoposte all'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie indipendentemente dall'età o dallo stato di salute.

²Il disposto di cui al cpv. 1 si applica anche alle persone che non sono tenute ad assicurarsi in forma obbligatoria, ma che hanno ottenuto l'autorizzazione ad iscriversi all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie ai sensi dell'art. 12 lett. e), f).

³L'assicuratore notifica immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'iscrizione, la dimissione o la cessazione di appartenenza di ogni persona soggetta all'obbligo assicurativo secondo le modalità fatte definire dal Consiglio di Stato.

E. Compiti dei datori di lavoro

I. In generale

Art. 16 ¹Il datore di lavoro fornisce al lavoratore non domiciliato soggetto all'obbligo d'assicurazione le informazioni necessarie relative all'adempimento di questo obbligo.

²L'assicurato e il datore di lavoro sono solidalmente debitori dei premi arretrati a decorrere dal giorno in cui avrebbe dovuto avere inizio l'obbligo assicurativo, fatta deduzione dei sussidi di legge, per le seguenti categorie:

- a) lavoratori in possesso di un permesso di lavoro di durata inferiore ad un anno;
- b) lavoratori in possesso di un permesso di dimora annuale, per il primo anno di attività, così come per i rispettivi familiari.

³Ogni pretesa di cui al cpv. 2 è soggetta a perenzione dopo cinque anni.

II. In particolare

Art. 17 ¹Il datore di lavoro segnala immediatamente in forma scritta al Comune di residenza il nominativo del lavoratore non assicurato di cui all'art. 16 cpv. 2 lett. a) e b).

²In caso di mancata segnalazione immediata, il datore di lavoro è solidalmente responsabile, con il proprio dipendente, delle spese medico-sanitarie per il periodo in cui quest'ultimo non risulta iscritto presso un assicuratore riconosciuto.

³Ogni pretesa di cui al cpv. 2 è soggetta a perenzione dopo cinque anni.

F. Compito dell'Ufficio federale dell'assicurazione militare

Art. 18 L'Ufficio federale dell'assicurazione militare segnala immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato e secondo le modalità fatte definire dal Consiglio di Stato:

- a) il nominativo degli agenti della Confederazione domiciliati nel Cantone Ticino, in attività o in pensione, che al momento dell'entrata in vigore della LAMal risultano sottoposti all'assicurazione militare per le cure medico-sanitarie;
- b) le successive ammissioni, dimissioni o cessazioni di appartenenza all'assicurazione militare di cittadini domiciliati nel Cantone Ticino relativamente alla copertura delle cure medico-sanitarie obbligatorie.

SEZIONE II Affiliazione d'ufficio

Iscrizione ad un assicuratore

Art. 19 ¹Il Consiglio di Stato fa iscrivere d'ufficio, previa diffida scritta, le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che rifiutano di aderire ad un assicuratore riconosciuto e autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal e della relativa Ordinanza (OAMal).

²...¹⁾

³Il regolamento può definire i criteri di ripartizione tra gli assicuratori.²⁾

TITOLO III Esazioni e pagamenti

A. Premi e partecipazioni irrecuperabili

Art. 20 ¹Il Consiglio designa l'autorità di assistenza sociale per il pagamento dei crediti irrecuperabili relativi alle prestazioni obbligatorie previste dalla legislazione federale.³⁾

²Il cpv. 1 si applica solo alle persone soggette all'obbligo d'assicurazione.

³Prima di procedere al pagamento dei crediti irrecuperabili, l'istanza competente applica il sussidio per la riduzione dei premi.

Il regolamento definisce le procedure di applicazione del sussidio.

B. Nuova procedura

Art. 21 L'istanza designata dal Consiglio di Stato esige che l'assicuratore promuova una nuova procedura esecutiva, se è a conoscenza di circostanze che lo giustificano.

C. Divieto agli assicuratori

Art. 22 ¹Nei confronti delle persone soggette all'obbligo d'assicurazione e per le prestazioni obbligatorie di legge, l'assicuratore non può:

- a) dichiarare l'esclusione di assicurati;
- b) sospendere le prestazioni;
- c) praticare la compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell'assicurato.

²È riservato l'art. 9 cpv. 4 OAMal per quanto riguarda gli assicurati a cui la legislazione svizzera in materia di assistenza sociale non è applicabile.

TITOLO IV Sussidi agli assicurati CAPITOLO I Norme generali e definizioni SEZIONE I Norme generali

A. Scopo

Art. 23 Il Cantone e i Comuni partecipano al pagamento del premio a carico degli assicurati di condizioni economiche modeste, per le prestazioni obbligatorie di base previste dalla LAMal e dalle relative Ordinanze, secondo le disposizioni che seguono.

B. Campo di applicazione

Art. 24 Il presente TITOLO si applica alle persone sole, ai membri maggiorenni della famiglia e ai figli, soggetti all'obbligo d'assicurazione ai sensi della LAMal.

SEZIONE II Definizioni

A. Famiglia

Art. 25 ¹Costituiscono famiglia:

- a) i coniugi con o senza figli;
- b) i celibi o le nubili con figli conviventi fino alla fine dell'anno in cui quest'ultimi compiono 18 anni;
- c) il vedovo, la vedova, il divorziato, la divorziata, nonché il coniuge separato per sentenza giudiziaria o di fatto, con figli conviventi fino alla fine dell'anno in cui quest'ultimi compiono 18 anni.

²Per il concetto di figlio valgono i principi di cui all'art. 27.

B. Persona sola

Art. 26 ¹È considerata persona sola:

- a) il celibe o la nubile d'età superiore a 18 anni, nonché il celibe o la nubile di età inferiore che esercitano un'attività lucrativa e i cui genitori sono domiciliati fuori del Cantone;
- b) il vedovo, la vedova, il divorziato, la divorziata, nonché il coniuge separato per sentenza giudiziaria o di fatto, senza figli conviventi.

²Per il concetto di figlio si richiamano i principi di cui all'art. 27.

C. Figlio

Art. 27 Ai fini dell'applicazione della regolamentazione sul sussidio nell'assicurazione sociale contro le malattie, è considerato figlio la persona che ha lo statuto giuridico di figlio o di affiliato ai sensi del Codice civile svizzero, fino alla fine dell'anno in cui compie 18 anni.

CAPITOLO II

Diritto al sussidio

SEZIONE I

Procedura

Istanza di sussidio

Art. 28⁴⁾ ¹Riservato l'art. 40, il sussidio è corrisposto tramite presentazione di un'istanza scritta.

²Per gli assicurati tassati in via ordinaria, l'istanza è presentata entro la fine dell'anno che precede l'anno di competenza.

³Il regolamento determina le modalità di presentazione dell'istanza e il contenuto della stessa.

SEZIONE II

Norme generali

A. Limiti di reddito

Art. 29 Hanno diritto al sussidio, riservati gli art. 20 cpv. 3, 32, 40 a 43:

- a) le persone sole, il cui reddito determinante non supera fr. 20'000.--;
- b) le famiglie, il cui reddito determinante non supera fr. 32'000.--.

B. Reddito determinante

Art. 30 Di regola il reddito determinante risulta dalla somma arrotondata al mille franchi superiore:

- a) del reddito imponibile desunto dalla tassazione ordinaria o intermedia del biennio stabilito dal Consiglio di Stato, oppure dalla tassazione intermedia più recente e relativa all'anno di competenza;
- b) di un quindicesimo della sostanza imponibile desunta dalla tassazione ordinaria o intermedia del biennio stabilito dal Consiglio di Stato, oppure dalla tassazione intermedia più recente e relativa all'anno di competenza, per la parte eccedente l'importo di fr. 150'000.-- per le persone sole e fr. 200'000.-- per le famiglie.

C. Accertamento del reddito determinante

Art. 31 Il regolamento stabilisce le modalità per l'accertamento del reddito determinante:

- a) delle persone soggette all'imposta cantonale solo per una parte del loro reddito o della loro sostanza;
- b) delle persone soggette all'imposta alla fonte;
- c) delle persone sole con reddito imponibile nullo o reddito lordo annuo inferiore a fr. 6000.-- secondo il biennio fiscale determinante, che esercitano un'attività lucrativa;
- d) in altri casi particolari.

D. Reddito di riferimento

Art. 32 ¹Per stabilire il diritto al sussidio, il reddito determinante delle persone sole con reddito imponibile nullo o reddito lordo annuo inferiore a fr. 6000.-- in base ai dati fiscali applicabili, è quello della persona o della famiglia da cui dipendono per il loro sostentamento.

²È dato diritto al sussidio se il reddito di riferimento non supera fr. 50'000.--.

³Il regolamento determina i criteri di applicazione del sussidio e disciplina i casi particolari.

E. Premio riconosciuto⁵⁾

Art. 33 ¹Al fine del calcolo della riduzione di premio, il Consiglio di Stato determina per ogni assicuratore il premio riconosciuto per gli assicurati adulti di età superiore a 25 anni, per gli assicurati di età compresa tra 18 e 25 anni e per gli assicurati fino all'età di 18 anni.⁶⁾

²Il premio riconosciuto è definito a partire dai premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nella situazione di franchigia ordinaria, approvati dal Consiglio federale per ogni singolo assicuratore e per il relativo anno di competenza giusta l'art. 61 cpv. 4 LAMal.

³Il premio riconosciuto considera un'equa proporzione tra il premio assicurativo obbligatorio delle cure medico-sanitarie comprendente la copertura del rischio di infortunio e quello senza la copertura dell'infortunio.

⁴Se un assicuratore pratica più premi sul territorio cantonale, per la determinazione del premio riconosciuto per i sussidi fa stato il premio assicurativo di minore entità.

F. Quota media cantonale ponderata

Art. 34 ¹La quota media cantonale ponderata è calcolata a partire dai premi riconosciuti ai sensi della presente legge per ogni assicuratore e dal numero degli assicurati affiliati presso i singoli assicuratori.

²Il Consiglio di Stato stabilisce la quota media cantonale ponderata in base ai premi riconosciuti degli assicuratori che riuniscono, per principio, almeno i due terzi degli assicurati del Cantone.

³Il Consiglio di Stato può escludere dal calcolo della quota media cantonale ponderata gli assicuratori che

propongono un premio sensibilmente superiore al valore medio cantonale riscontrato presso gli altri assicuratori.

⁴Il Consiglio di Stato determina inoltre la quota media cantonale ponderata per assicurati fino all'età di 18 anni.

G. Quota minima annua

I. Partecipazione minima

Art. 35 ¹L'assicurato sussidiato paga una quota minima annua definita come segue:

- a) per le persone sole fino ad un reddito determinante di fr. 14'000.--: fr. 620.--;
- b) per i membri adulti della famiglia fino ad un reddito determinante di fr. 20'000.--: fr. 620.--;
- c) per il primo figlio di famiglie sussidiate fino ad un reddito determinante di fr. 20'000.--: fr. 300.--;
- d) fino ad un reddito di riferimento di fr. 30'000.--: fr. 620.--.

²Sono riservati gli art. 40 a 43.

II. Calcolo del contributo

oltre la partecipazione minima

Art. 36 ¹Oltre i limiti di cui all'art. 35, la quota minima a carico dell'assicurato sussidiato viene determinata a partire dai seguenti parametri:

- a) quota media cantonale ponderata [qmcp] o premio riconosciuto dell'assicuratore [p];
- b) limite di reddito per il diritto al sussidio [LR1];
- c) limite di reddito per la partecipazione minima [LR2];
- d) reddito determinante dell'assicurato [RD];
- e) importo minimo di quota a carico dell'assicurato [imp.min.];
- f) importo minimo del sussidio [suss.min.].

²Essa è calcolata a partire dalle formule seguenti:

- a) se $p \geq qmcp$

$qmcp - (imp.min. + suss.min.)$	x	$(RD - LR2) + imp.min.$
LR1 - LR2		

- b) se $p < qmcp$

$p - (imp.min. + suss.min.)$	x	$(RD - LR2) + imp.min.$
LR1 - LR2		

³Gli importi ottenuti attraverso le formule di cui al cpv. 2 possono essere arrotondati.

⁴Sono riservati gli art. 40 a 43.

III. Forme particolari di assicurazione

Art. 37 Relativamente alle forme particolari di assicurazione sono riservate le disposizioni di cui agli art. 57 e 58.

CAPITOLO III Importi di sussidio SEZIONE I Norme generali

A. Calcolo⁷⁾

Art. 38 ¹Il sussidio è pari alla differenza tra la quota media cantonale ponderata, o il premio riconosciuto dell'assicuratore se è inferiore, e la quota minima a carico dell'assicurato.

²Non vengono corrisposti sussidi di importo annuo inferiore a:

- fr. 200.-- per assicurati adulti;
- fr. 100.-- per il primo figlio.

³Per i giovani adulti in formazione di età compresa tra 18 e 25 anni, la riduzione di premio non può essere inferiore al 50% del premio riconosciuto ai sensi di legge, o al 50% della quota media cantonale ponderata per questa categoria di assicurati se il premio riconosciuto supera la medesima.⁸⁾

B. Procedura

Art. 39⁹⁾ ¹Di regola l'importo di riduzione del premio è versato all'assicuratore malattie. In casi particolari può tuttavia essere versato direttamente all'assicurato.

²L'importo di riduzione è dedotto dal premio del singolo assicurato al quale è stato concesso.

³L'assicuratore non può compensare eventuali crediti scoperti con la trattenuta della riduzione di premio a favore dell'assicurato.

SEZIONE II

Assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI

A. Istanza di sussidio

Art. 40 I beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI sono esentati dal presentare l'istanza di sussidio.

B. Premio lordo

Art. 41 ¹Il premio lordo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI è corrisposto direttamente dal Cantone agli assicuratori.

²L'ammontare dell'importo del premio lordo degli assicurati beneficiari di prestazione complementare AVS/AI a carico della riduzione dei premi nell'assicurazione malattie è determinato in applicazione dell'Ordinanza federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.¹⁰⁾

³Gli importi sono definiti nella forma forfettaria.¹¹⁾

Art. 42-43 ...¹²⁾

CAPITOLO IV

Sussidi per l'esonero dei figli

SEZIONE I

Norme generali

A. Famiglie sussidiate

Art. 44 ¹Le famiglie sussidiate sono esonerate dal pagamento del premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il secondo figlio e per quelli successivi.

²È riservato l'art. 48.

B. Famiglie non sussidiate con RD

fino a fr. 5000.-- oltre il limite per il sussidio

Art. 45 ¹Le famiglie non sussidiate con un reddito determinante fino a fr. 5000.-- oltre il limite che dà diritto al sussidio, sono esonerate dal pagamento del premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il secondo figlio e per quelli successivi.

²È riservato l'art. 48.

C. Altre famiglie

Art. 46 ¹Le famiglie non sussidiate con reddito determinante maggiore del limite di cui all'art. 45 e fino ad un reddito determinante pari a fr. 60'000.--, sono esonerate dal pagamento del premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il terzo figlio e per quelli successivi.

²È riservato l'art. 48.

D. Norme procedurali per l'esonero dei figli

Art. 47 Il Consiglio di Stato fa impartire agli assicuratori le disposizioni relative:

- a) all'esonero dei figli;
- b) alla presentazione delle statistiche relative all'esonero dei figli.

Sezione II

Ammontare della riduzione di premio per figli¹³⁾

Importi

Art. 48¹⁴⁾ ¹Per i primi figli di cui all'art. 45, i primi e i secondi figli di cui all'art. 46, l'ammontare della riduzione di premio corrisponde al 50% del premio riconosciuto ai sensi della presente legge, tuttavia fino a un massimo del 50% della quota media cantonale ponderata per minorenni.

²Per il secondo e successivi figli di cui agli art. 44 e 45, e per il terzo e successivi figli di cui all'art. 46, l'importo di riduzione di premio equivale alla quota media cantonale ponderata per minorenni, o al premio riconosciuto all'assicuratore se è inferiore.

CAPITOLO V

Adeguamento delle basi di calcolo

Basi di calcolo

Art. 49 Ritenuti i limiti fissati dalla presente legge, il Consiglio di Stato determina ogni anno le basi di calcolo del sussidio, e in particolare:

- a) il periodo fiscale determinante per l'accertamento del reddito e della sostanza imponibili;
- b) i premi riconosciuti per il calcolo dei sussidi nei confronti di ogni singolo assicuratore;
- c) la quota media cantonale ponderata;
- d) i limiti di reddito che danno diritto al sussidio, nei casi di:
 - persone sole,
 - famiglie,
 - reddito di riferimento;
- e) la quota minima a carico degli assicurati;
- f) gli importi di sostanza imponibile non considerati nel calcolo del reddito determinante;
- g) l'importo minimo annuo di sussidio;
- h) il limite di reddito massimo per l'esonero dei figli di famiglie altrimenti non sussidiate dal pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- i) l'aumento dei limiti di reddito previsti dall'Ordinanza speciale sulle prestazioni complementari AVS/AI a seguito dell'entrata in vigore della LAMal.

CAPITOLO VI

Ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni

A. Quota parte a carico dei Comuni

I. In generale

Art. 50 ¹L'onere dei contributi previsti dalla presente legge, dedotti i sussidi federali, è assunto dai Comuni e dal Cantone.

²La partecipazione del singolo Comune è calcolata in base alla sua capacità finanziaria sull'importo che si ottiene dividendo l'onere complessivo, relativamente all'anno di computo, per il numero degli abitanti residenti nel Cantone al 31 dicembre e moltiplicando il quoziente per il numero degli abitanti del Comune.

II. In particolare

Art. 51¹⁵⁾ La partecipazione annua del singolo Comune agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, della legge sul servizio medico nelle regioni di montagna, della legge concernente le prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, del decreto legislativo di applicazione della legge federale sull'AVS e della legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione invalidità, non può superare il 9% del gettito d'imposta cantonale per i Comuni di forza finanziaria superiore; l'8.5% per quelli di forza finanziaria media e il 7.5% per quelli di forza finanziaria debole nell'anno stabilito dal Consiglio di Stato.

B. Quota parte a carico del Cantone

Art. 52 La partecipazione del Cantone è pari all'importo non coperto dai Comuni in conformità agli art. 50 e 51.

CAPITOLO VII

Disposizioni varie

SEZIONE I

Sussidio retroattivo

A. Perenzione del diritto al sussidio

Art. 53 ¹Il diritto al beneficio di un sussidio nella forma retroattiva decade dopo cinque anni a partire dall'anno in cui tale diritto si verifica.

²Costituisce eccezione l'applicazione del sussidio retroattivo nell'ambito delle procedure di revisione delle prestazioni complementari AVS/AI.

B. Domanda di sussidio

Art. 54 ¹Il sussidio retroattivo è oggetto di richiesta scritta da parte dell'assicurato all'istanza designata dal Consiglio di Stato.

²Tale richiesta deve specificare le motivazioni del ritardo.

³È riservato l'art. 53 cpv. 2, dove il sussidio viene applicato d'ufficio.

C. Decisioni in merito alla domanda di sussidio

Art. 55 ¹Il Consiglio di Stato fa decidere nel merito delle domande di sussidio retroattivo.

²Le stesse sono accolte solo se suffragate da motivazioni particolari e fondate.

³La negligenza nell'inoltro dell'istanza di sussidio nei termini stabiliti dal regolamento non è considerata

motivo valido per il riconoscimento del sussidio nella forma retroattiva.

D. Diritto previgente

Art. 56 ¹I sussidi retroattivi rispetto all'entrata in vigore della presente legge sono calcolati secondo il diritto previgente.

²Sono tuttavia applicabili i termini di perenzione definiti dalla presente legge.

SEZIONE II

Forme particolari di assicurazione

A. Definizione del sussidio

Art. 57 Le persone con diritto al sussidio iscritte in forme particolari di assicurazione di cui agli art. 93 a 101 OAMal, mantengono il medesimo importo di sussidio come se fossero iscritte nell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie praticata dallo stesso assicuratore.

B. Caso particolare

Art. 58 Il sussidio per le persone iscritte in forme particolari di assicurazione definito secondo le modalità della presente legge non può oltrepassare l'importo del premio effettivo a loro carico.

SEZIONE III

Restituzione di sussidi e condono

A. Restituzione dei sussidi indebitamente percepiti e condono

Art. 59¹⁶⁾ ¹Le riduzioni di premio indebitamente percepite devono essere restituite dal beneficiario all'assicuratore presso il quale egli è affiliato, oppure all'Amministrazione cantonale nel caso di pagamenti diretti all'assicurato giusta l'art. 39 cpv. 1 seconda frase, o nei casi di perdita della PC AVS/AI.

²Per la restituzione o il condono dell'obbligo di restituzione, è applicabile per analogia la Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), del 6 ottobre 2000.

B. Domanda di condono

Art. 60 La domanda di condono dell'obbligo di restituzione di sussidi indebitamente percepiti è rivolta dall'assicurato, direttamente o tramite il proprio assicuratore, all'istanza designata dal Consiglio di Stato.

C. Decisioni in merito al condono

Art. 61 Il Consiglio di Stato fa decidere nel merito delle domande di condono.

SEZIONE IV

Controllo dei sussidi

Rapporto di revisione

Art. 62 ¹Il Consiglio di Stato fa redigere un rapporto di revisione relativamente al conteggio dei sussidi.

²Il conteggio di cui al cpv. 1 si riferisce ad un anno civile.

TITOLO V

Pianificazione

A. Scopo e oggetto¹⁷⁾

Art. 63¹⁸⁾ La pianificazione, ai sensi della legislazione federale in materia di assicurazione malattia, definisce il fabbisogno della popolazione nel settore sociosanitario e delle cure e promuove un utilizzo razionale e parsimonioso delle risorse.

B. Elaborazione¹⁹⁾

Art. 64²⁰⁾ Il Consiglio di Stato elabora la pianificazione in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati, consultando le Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati tutti gli ambienti interessati di ogni regione.

C. Competenze del Gran Consiglio²¹⁾

Art. 65²²⁾ Il Consiglio di Stato trasmette con un messaggio la pianificazione al Gran Consiglio, il quale sulla base di un rapporto commissionale la approva o la respinge o la modifica sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze.

D. Revisione²³⁾

Art. 66²⁴⁾ ¹La revisione della pianificazione avviene secondo la periodicità richiesta dalla legislazione federale applicando la medesima procedura prevista per l'adozione.

²Revisioni di minore entità sono di competenza del Consiglio di Stato.

TITOLO VI Convenzioni CAPITOLO I Convenzioni tariffali

A. Scopo

Art. 67 ¹Le convenzioni tariffali stipulate, da un lato, da uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, dall'altro, da uno o più assicuratori o federazioni di assicuratori, devono garantire un servizio sanitario efficiente in tutto il Cantone, conformemente alle disposizioni di legge e nel rispetto dei principi di equità e di economicità.

²In particolare i fornitori di prestazioni e gli assicuratori prevedono nelle convenzioni tariffali norme destinate a garantire l'economicità delle prestazioni.

B. Approvazione

Art. 68 ¹Le convenzioni tariffali concernenti il Cantone Ticino sono approvate dal Consiglio di Stato.

²L'atto di approvazione è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino (Bollettino ufficiale).

C. Obblighi per i fornitori di prestazioni

Art. 69 ¹I fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente.

²Essi non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla LAMal o dalle relative Ordinanze.

³Restano riservate le disposizioni particolari della LAMal in materia di protezione tariffale.

CAPITOLO II Ricusa

Norme generali

Art. 70 ¹Il fornitore di prestazioni che rifiuta di fornire prestazioni conformemente alla LAMal o alla presente legge deve dichiararlo all'istanza designata dal Consiglio di Stato.

²Il nominativo del fornitore di prestazioni che opta per la ricusa è pubblicato nel Foglio ufficiale.

³L'effetto della ricusa prende inizio dalla data indicata nel Foglio ufficiale.

⁴Le ricuse pronunciate in virtù del previgente diritto mantengono la loro validità anche al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

CAPITOLO III Garanzia di qualità

Norme generali

Art. 71 ¹I fornitori di prestazioni, o le loro organizzazioni, e gli assicuratori, o le loro organizzazioni, stipulano convenzioni concernenti le norme intese a garantire la qualità delle prestazioni.

²Le norme di cui al cpv. 1 possono essere incluse nelle convenzioni tariffali.

³Se stipulate in modo separato, le convenzioni relative alla garanzia di qualità concernenti il Cantone Ticino sono approvate dal Consiglio di Stato.

L'atto di approvazione è pubblicato nel Bollettino ufficiale.

TITOLO VII Disposizioni varie

A. Ricoveri ospedalieri fuori Cantone

Art. 72²⁵⁾ ¹Il Consiglio di Stato:

- a) stipula con gli ospedali situati fuori Cantone le convenzioni relative alla determinazione della tariffa a carico del Cantone Ticino in virtù dell'art. 41 cpv. 3 LAMal;
- b) 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 in caso di ricovero ospedaliero o di trattamento

ambulatoriale fuori Cantone.

²L'istanza di cui al cpv. 1 lett. b) rilascia inoltre le garanzie finanziarie giusta l'art. 41 cpv. 3 LAMal ai sensi dei disposti vigenti.

³Il regolamento definisce i criteri che disciplinano la materia di cui ai cpv. 1 e 2.

B. Profarmacia

Art. 73 Per la dispensazione e la vendita al pubblico dei medicinali fanno stato i disposti della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria).

TITOLO VIII

Contenzioso

CAPITOLO I

Tribunale cantonale delle assicurazioni

A. Contestazioni nell'assicurazione sociale malattie

Art. 74 ¹Le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti diritti invocati dalle parti in virtù della LAMal, delle rispettive Ordinanze o delle disposizioni degli assicuratori, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

²È applicabile la Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

B. Assicurazioni complementari (private)

Art. 75 ¹Le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

²È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

C. Altre contestazioni

Art. 76²⁶⁾ ¹Contro le decisioni emesse in virtù della presente legge, è data facoltà di reclamo all'organo amministrativo che le ha emesse entro 30 giorni dalla notificazione. È applicabile la Legge di procedura per le cause amministrative.

²Contro le decisioni su reclamo di cui al cpv. 1, è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notificazione.

³Contro le decisioni concernenti la garanzia dell'assunzione dei costi per le ospedalizzazioni fuori Cantone non è dato reclamo e vi è facoltà di ricorso diretta al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

CAPITOLO II

Tribunale arbitrale

Definizione, composizione e norme di procedura

Art. 77 ¹Le contestazioni tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise dal Tribunale arbitrale, con giurisdizione su tutto il Cantone.

²Il Tribunale arbitrale si compone di un presidente neutrale e, in numero uguale, di una rappresentanza di ciascuno degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni.

³L'organizzazione e la procedura del Tribunale arbitrale sono regolate dal Consiglio di Stato.

⁴Le convenzioni tariffali o relative al controllo della qualità delle prestazioni possono prevedere una Commissione cantonale paritetica per una procedura di conciliazione.

In questo caso il Tribunale arbitrale può essere adito solo dopo aver esperito una procedura conciliativa, entro 30 giorni dalla notifica della risoluzione della Commissione paritetica.²⁷⁾

CAPITOLO III

Sentenze dei Tribunali

Trasmissione

Art. 78 Le sentenze emesse dal Tribunale cantonale delle assicurazioni e dal Tribunale arbitrale nel quadro del diritto federale in materia di assicurazione sociale contro le malattie e ai sensi della presente legge, sono trasmesse al Consiglio di Stato nel rispetto dell'art. 84 LAMal.

TITOLO IX

Disposizioni penali

A. Contravvenzioni

Art. 79 ¹Può essere punito con una multa da fr. 50.-- a fr. 500.-- chiunque:

- a) si sottrae in tutto o in parte all'obbligo di assicurarsi, così che nei suoi confronti deve essere emesso un provvedimento di affiliazione coattiva;
- b) violando l'obbligo di informare, dà informazioni inveritiere o rifiuta di dare informazioni.

²È punito con una multa fino a fr. 20'000.-- chiunque commetta le infrazioni di cui agli art. 92 lett. b), c) e 93 lett. b), c) LAMal.

³Sono riservati i disposti del Codice penale qualora la contravvenzione sia legata a un crimine o a un delitto passibili di una pena più grave.

⁴La complicità e l'istigazione a commettere una contravvenzione sono parimenti punibili.

B. Prescrizione

Art. 80 Riservato il cpv. 3, le contravvenzioni di cui all'art. 85 si prescrivono nel termine di cinque anni dal giorno dell'atto punibile.

TITOLO X Disposizioni transitorie

A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto

Art. 81 ¹I contratti assicurativi stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero Casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione medico-sanitaria obbligatoria secondo la LAMal, decadono all'entrata in vigore di quest'ultima.

²I premi pagati per il periodo posteriore l'entrata in vigore della LAMal devono essere restituiti.

B. Criteri di calcolo del sussidio

Art. 82 Con la definizione di nuove norme relative al criterio di sussidiamento in base al reddito disponibile e all'unità di consumo, gli art. 29 a 32, 35, 36, 45, 46, 49 lett. a), d), e), f), h) decadono.

C. Servizio medico nelle regioni di montagna

Art. 83 ¹Il Cantone e i Comuni assumono gli oneri derivanti dall'applicazione delle convenzioni per il servizio medico nelle regioni di montagna, stipulate ai sensi del previgente diritto, fino alla scadenza delle stesse.

²Le convenzioni in atto all'entrata in vigore della presente legge mantengono la loro validità nella forma e nella sostanza fino al termine di scadenza.

TITOLO XI Disposizioni finali

A. Regolamento

Art. 84 I seguenti articoli del regolamento della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 maggio 1994 restano in vigore fino all'adozione della nuova regolamentazione esecutiva: 2, 4 a 7, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 29 cpv. 1, 30, 44 a 55, 57 a 60, 63 cpv. 2 e 3, 64, 65, 67 a 72, 76 a 79 cpv. 1, 80 a 85.

B. Abrogazione

Art. 85 Con l'entrata in vigore della presente legge sono abrogati:

- a) il Decreto legislativo di applicazione della LAMal, del 18 dicembre 1995;
- b) il Decreto legislativo concernente le vie di diritto in caso di ospedalizzazioni fuori Cantone.

C. Entrata in vigore

Art. 86 Trascorsi i termini per l'esercizio del referendum, la presente legge, unitamente al suo allegato di modifica di altre leggi, è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino ed entra in vigore con effetto retroattivo al 1° gennaio 1996.

Pubblicato nel BU **1997**, 379.

Note:

- 1) Cpv. abrogato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.

- 2) Cpv. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.
- 3) Cpv. modificato dalla L 1.12.1998; in vigore dal 12.2.1999 - BU 1999, 41.
- 4) Art. modificato dalla L 14.12.2004; in vigore dal 1.1.2005 - BU 2005, 51.
- 5) Nota marginale modificata dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.
- 6) Cpv. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.
- 7) Nota marginale modificata dalla L 10.5.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 203.
- 8) Cpv. introdotto dalla L 10.5.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 203.
- 9) Art. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.
- 10) Cpv. modificato dalla L 13.12.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2007, 48.
- 11) Cpv. introdotto dalla L 13.12.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2007, 48.
- 12) Art. abrogati dalla L 13.12.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2007, 48.
- 13) Titolo modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 203.
- 14) Art. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 203.
- 15) Art. modificato dalla L 24.6.2002; in vigore dal 1.1.2003 - BU 2002, 420.
- 16) Art. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.
- 17) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 18) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 19) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 20) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 21) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 22) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 23) Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 24) Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
- 25) Art. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.
- 26) Art. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203; precedente modifica: BU 1999, 41.
- 27) Cpv. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 203.