

Rapporto sul messaggio

numero	4474
data	5 giugno 1997
dipartimento	Opere sociali

Della Commissione della gestione e delle finanze sui messaggi 3 gennaio 1996, 20 marzo 1996 e 19 febbraio 1997 concernenti la legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)

1. INTRODUZIONE

Il 4 dicembre 1994 il popolo svizzero ha approvato con una percentuale del 51.8% di voti favorevoli (in Ticino i voti favorevoli hanno raggiunto il 66.2%) la nuova legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994, contro la quale era stato promosso un referendum. La vecchia legge risaliva al 1911 ed era stata riveduta una sola volta nel 1964. Nel corso degli anni precedenti al 1994 diversi tentativi di revisione dell'assicurazione malattia erano falliti. Ricordiamo lo scrutinio dell'8 ottobre 1974 con cui popolo e Cantoni hanno respinto un'iniziativa popolare e un controprogetto del parlamento, come pure la votazione del 6 dicembre 1987 con cui il popolo ha respinto il progetto di legge federale sull'assicurazione malattia e maternità del 20 marzo 1987. Dopo il verdetto popolare del 1987, il Consiglio federale ha deciso di procedere ad una revisione fondamentale dell'assicurazione malattia, che si è appunto concretizzata con l'entrata in vigore il 1. gennaio 1996 della nuova LAMal. Ciò ha determinato il decadimento automatico della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie (LCAM) del 28 maggio 1986 e parallelamente l'imposizione per il Cantone di legiferare a sua volta sia per i compiti espressamente delegati dalla LAMal ai Cantoni sia per i capitoli specifici definiti di completa competenza degli enti cantonali. Va rilevato tuttavia che il Canton Ticino, nel frattempo, non era rimasto fermo ai disposti della vecchia legge federale, ma ha percorso una via autonoma, proponendo già nel 1962 una legge sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie, caratterizzata da elementi di solidarietà. La legge cantonale del 1986 inoltre si è distinta in ambito nazionale soprattutto per la sua apertura sociale, tanto che la nuova LAMal ne ha ripreso diversi principi.

Il quadro giuridico è stato completato, a livello federale, da quattro ordinanze, riportate nel messaggio.

2. I CONTENUTI PIÙ QUALIFICANTI DELLA NUOVA LAMAL

Per quanto riguarda i contenuti più importanti della LAMal, rimandiamo ai messaggi n. 4474 e 4474A del Consiglio di Stato e soprattutto al messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6.11.1991 del Consiglio federale. Qui di seguito sono ripresi esclusivamente gli elementi principali che caratterizzano la nuova normativa. L'obiettivo principale della LAMal è stato quello di concretizzare un concetto assicurativo obbligatorio relativo alle cure medico-sanitarie, in grado di offrire prestazioni complete e di qualità per ogni tipo di affezione. Il cittadino può liberamente optare per la sola assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, retta dal diritto pubblico, senza per questo rinunciare ad una gamma completa di prestazioni di qualità (sono garantite le prestazioni in caso di malattia, infortunio e maternità). Egli può comunque optare per un ampliamento delle prestazioni, ricorrendo alle assicurazioni complementari o facoltative, rette dal diritto privato. L'art. 60 della Legge federale prevede che gli assicuratori debbano tenere un conto d'esercizio distinto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; quest'ultima deve essere finanziariamente autosufficiente: ciò significa che, contrariamente al passato, non ci possono più essere travasi tra assicurazione di base e assicurazioni complementari.

I principi direttori della LAMal sono:

- solidarietà,
- obbligatorietà assicurativa;
- libero passaggio relativamente all'assicurazione di base (o obbligatoria);
- pacchetto di prestazioni.

Le casse malati, che con gli istituti autorizzati d'assicurazione privati possono gestire le assicurazioni malattia, non perseguono alcun profitto e questo anche nell'ambito delle assicurazioni complementari.

Fra i principi direttori della nuova legge abbiamo rilevato la solidarietà, che si concretizza attraverso:

a) l'imposizione di un premio unico per grandi gruppi di assicurati (minorenni, giovani in formazione fino a 25 anni e adulti); vi è dunque solidarietà fra donne e uomini, fra giovani e anziani, fra cittadini sani e malati. Viene tuttavia mantenuta la possibilità per i singoli assicuratori di definire premi diversi, rispettando in tal modo il principio della concorrenza tra partners nel settore assicurativo. I premi assicurativi devono garantire l'autosufficienza finanziaria distintamente per ogni ramo assicurativo.

b) la destinazione dei sussidi in forma mirata agli assicurati a partire dal criterio della loro situazione economica. Viene dunque eliminato l'effetto "ad inaffiatoio", tramite il quale tutti gli assicurati risultavano sussidiati, che caratterizzava la vecchia legge federale. Sono previsti ragguardevoli importi destinati ai sussidi da parte della Confederazione e dei

Cantoni.

c) la compensazione dei rischi tra gli assicuratori. Viene prelevato un contributo di solidarietà presso gli assicuratori che contano tra gli affiliati un' eccedenza di buoni rischi, da versare agli assicuratori con cattivi rischi.

Quale supporto al principio fondamentale della solidarietà la nuova LAMal prevede l' obbligo assicurativo, con la piena libertà comunque di scelta e di movimento nel campo degli assicuratori. Questi ultimi, a loro volta, saranno obbligati ad affiliare il postulante indipendentemente dall' età o dallo stato di salute, senza porre condizione alcuna. Quale ultimo principio direttore della LAMal meritevole di qualche osservazione, rileviamo il pacchetto di prestazioni obbligatorie a carico degli assicuratori, che risulta essere molto più esteso rispetto alla situazione definita dalla vecchia legge federale, per esempio nell' ambito delle prestazioni per le cure in istituti per anziani. Al riguardo, ritenuto che la nuova legge prevede il riconoscimento delle spese in caso di mancato ricovero, in attesa dei dati federali che permettano un' applicazione omogenea di tale principio, a livello cantonale è stato raggiunto un accordo con la FTCM nel senso di elevare l' importo forfettario giornaliero per ogni anziano fortemente dipendente da fr. 20.-- a fr. 43.--. Per gli anziani meno dipendenti l' importo forfettario giornaliero è di fr. 9.--. Va inoltre tenuto conto che, in base alla nuova legge federale, d' ora in avanti le casse malati dovranno pagare anche le persone che hanno superato i 720 giorni di malattia, ciò che evidentemente comporterà maggiori costi non indifferenti per le casse malati, sebbene vada ricordato che in Ticino il principio delle prestazioni illimitate nel tempo già era conosciuto con la vecchia legge cantonale.

In base alla nuova LAMal ogni Cantone è tenuto a pianificare le proprie risorse sanitarie, con particolare riguardo alle strutture stazionarie pubbliche e private (ospedali e case di cura), in base al fabbisogno sanitario che si manifesta a livello di popolazione. Le normative federali si sono concretizzate nella nuova legge cantonale agli art. 63-66. Si rilevi che la nuova LAMal non prevede più la possibilità di riversare sulle assicurazioni private o sulle assicurazioni complementari eventuali costi che dovrebbero essere a carico dell' assicurazione obbligatoria di base; ora, se si pensa che una giornata di degenza nei nostri principali ospedali nel 1996 costava 774.-- fr. e che il contributo del Cantone deve per legge arrivare almeno al 50%, risulta che le casse malati dovranno assumersi l' altro 50% per i reparti comuni. Per quanto riguarda invece i reparti privati e semiprivati di strutture pubbliche, c' è stata per mesi una disputa fra le casse malati e la CDS (Conferenza dei Direttori Sanitari), in quanto non era possibile trovare un accordo circa l' assunzione dei costi in questione. La vertenza dovrebbe ora essere appianata; il compromesso andrebbe nel senso di attribuire tutti i costi alle casse malati (circa 30 mio fr. all' anno in Ticino), in virtù degli impegni finanziari assunti dai Cantoni in ambito Spitex e case anziani come pure dell' intenzione dei Cantoni di elaborare una pianificazione ospedaliera sovracantonale, volta soprattutto a contenere gli investimenti e di conseguenza i costi di gestione corrente che ogni Cantone deve assumere in ambito ospedaliero. L' assemblea della CDS dovrebbe ratificare l' accordo a breve scadenza.

Evidentemente le casse malati devono assumersi l' intero costo nelle strutture private non sussidiate. Il costo per giornata di degenza dovrà risultare da una contabilità uniforme per tutti gli ospedali; il Cantone dovrà richiederla anche alle cliniche private. Si potranno così operare i dovuti confronti, sulla base della documentazione ricevuta.

Attraverso la nuova legge federale vengono stabiliti dei principi di fondo aventi lo scopo di contenere i costi nel settore della malattia. Fra le misure ordinarie, oltre al libero passaggio integrale, rileviamo le forme particolari di assicurazione (franchige elevate, bonus ecc.), l' apertura agli assicuratori privati, il divieto di stipulare accordi cartellistici fra i fornitori di prestazioni, il maggior controllo nel settore ospedaliero con una pianificazione che garantisca la copertura del fabbisogno nel rispetto del criterio di economicità. Fra le misure straordinarie sottolineiamo la possibilità di blocco delle tariffe decretabile dal Governo cantonale o federale quando i costi aumentano del doppio rispetto all' evoluzione dell' indice dei premi e dei salari come pure la possibilità di negare un risarcimento nel caso di comprovati trattamenti antieconomici.

3. PRINCIPI DIRETTORI DELLA NUOVA LEGGE CANTONALE DI APPLICAZIONE (LCAMAL)

3.1 Disposizioni generali

Con l' art. 5 concernente gli obblighi degli assicuratori viene inserito nella legge il principio di gratuità, nel senso che gli assicuratori devono svolgere a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla nuova legge cantonale.

La LAMal non ha più ripreso l' aspetto particolare relativo al servizio medico nelle regioni di montagna. Si è comunque lasciata una norma transitoria (l' art. 83 o art. 88 del messaggio governativo), per regolare le convenzioni in atto fino alla loro scadenza (cfr. Messaggio n. 4589 del 16.10.1996 concernente la legge sul servizio medico nelle regioni di montagna).

Si rilevi la responsabilità dei Comuni sul controllo dell' applicazione dell' obbligo assicurativo. La responsabilità solidale del Comune relativa ad eventuali oneri scoperti e non presi a carico da un assicuratore, è stata comunque limitata ai soli cittadini che vi eleggono la loro residenza dopo l' entrata in vigore della LAMal. Analoga responsabilità compete pure ai datori di lavoro che non segnalino tempestivamente al Comune di residenza dell' interessato i casi di lavoratori inadempienti nei confronti dei principi di legge relativi all' obbligatorietà assicurativa. Questa norma (vedi art. 16 LCAMal) si riferisce solamente ai lavoratori stranieri e la responsabilità solidale del datore di lavoro è limitata ad un anno

3.2 Esazioni e pagamenti

Gli art. 20, 21 e 22 definiscono le modalità di pagamento da parte di chi è in carenza beni. Appare infatti impensabile la soluzione di concedere agli assicuratori di espellere gli assicurati morosi dall' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in quanto sarebbe in flagrante contrasto con il principio dell' assicurazione obbligatoria per tutta la popolazione, sancito dalla LAMal. Con la nuova impostazione dei sussidi l' onere per il Cantone a seguito di assicurati in

carenza beni dovrebbe aggirarsi sui 3.6 mio fr., pari al 90.84% dello scoperto totale. La parte equivalente alle partecipazioni del paziente ai costi di cura non può gravare sui sussidi dell' assicurazione malattia.

3.3 Sussidi agli assicurati

Si tratta senza dubbio della parte più importante della normativa in esame. La nuova legge federale definisce un' impostazione innovativa relativamente alla destinazione dei sussidi federali. Viene abolito il sussidio diretto della Confederazione alle casse malati, in base al quale di fatto tutti gli assicurati risultavano essere sussidiati, compresi quelli di condizioni economiche agiate. La nuova LAMal, riprendendo il modello ticinese già in vigore, vincola l' utilizzazione delle sovvenzioni alla riduzione dei premi degli assicurati "di condizione economica modesta" (art. 65 LAMal). Essa delega ai Cantoni il compito di definire i criteri di sussidiamento degli assicurati, secondo modelli propri. L' unico vincolo imprescindibile è che gli stessi siano mirati e impostati a partire dalla situazione economica dei singoli assicurati. In pratica la Confederazione verserà ad ogni Cantone un determinato importo di sussidio federale, che dipenderà dalla sua popolazione residente e dalla sua forza finanziaria; per il calcolo dei sussidi 1997 è pure stato considerato il premio medio cantonale (potestativo ai sensi dell' art. 66 cpv. 3 LAMal), ciò che ha comportato un aumento dei sussidi per il canton Ticino Il sussidio potrà variare tra un valore massimo e un valore minimo pari alla metà del valore massimo a dipendenza dell' importo che sarà messo a disposizione dal Cantone. Il Cantone dovrà aggiungere al sussidio federale un contributo proprio che è una percentuale del contributo federale. Per il Ticino il contributo cantonale sarà il 31% di quello federale nel 1997 e salirà al 37.3% nel 1999. Se il Cantone opta per un sussidio inferiore a quello determinato dalla percentuale che gli compete per il sussidio federale massimo, anche il sussidio federale diminuisce in proporzione. Tuttavia il sussidio del Cantone non può scendere al di sotto della metà di quello corrispondente al sussidio federale massimo.

Tab. 1: Evoluzione dei sussidi federali e cantonali a partire dal 1987

Anno		Sussidi Conf. a CM	Sussidi Conf. a TI	Sussidi netti TI	Sgravi fiscali	Sussidi Tot. pubblici
1987	1)	51.0		49.3		100.3
1988		52.0		47.0		99.0
1989		52.0		50.1		102.1
1990		52.0		60.1		112.1
1991		53.0		62.5		115.5
1992	2)	55.0	19.2	45.4		119.6
1993		55.2	14.9	47.8		117.9
1994		55.4	12.8	37.2		105.4
1995	3)	55.7	28.3	41.7		125.7
1996			84.4	19.7		104.1
1997	4)		87.9	26.5	21.0	135.4
1998			93.6	31.6	22.0	147.2
1999			100.3	37.4	23.0	160.7

1) 1.1.87 entrata in vigore della nuova legge cantonale sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

2) 1.1.92 applicazione del DFU del 13.12.1991 relativo ai sussidi federali destinati ai Cantoni e finalizzati alla riduzione dei premi agli assicurati in base alla loro situazione economica.

3) 1.1.95 sussidi straordinari ai Cantoni a seguito dell' accettazione popolare dell' IVA, con le medesime finalità di cui alla nota n. 2).

4) Gli sgravi fiscali a partire dal 1997 sono resi possibili grazie alla diminuzione di 22 mio fr. di sussidi cantonali fra il 1995 e il 1996.

Si tenga presente che i sussidi sono determinati mediante decreto federale semplice di una durata di 4 anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione (art. 66 cpv. 2 LAMal). L'onere della Confederazione nel settore dell'assicurazione contro le malattie passerà dagli 186 mia di fr. nel 1996 a 2.1 8 mia di fr. nel 1999, se i Cantoni contribuiranno nella misura massima prevista dalla legge. Nel 1996 la parte non utilizzata dei sussidi federali è stata di 465 mio fr.; nel 1997 questo importo dovrebbe ammontare a circa 414 mio fr. Una commissione del Consiglio Nazionale ha recentemente proposto di redistribuire i sussidi federali non utilizzati dai Cantoni per ridurre globalmente i premi dell'assicurazione malattia. Durante la sessione primaverile delle Camere federali vi è stato tuttavia da parte del Consiglio Nazionale un voto negativo sull' entrata in materia. Pertanto i sussidi federali non utilizzati andranno a favore delle casse federali, senza una destinazione precisa. Al di là del fatto che pure il Consiglio di Stato aveva espresso un parere negativo circa una redistribuzione dell' importo in questione, occorre per lo meno riconoscere che, con una semplice suddivisione fra i Cantoni, vi sarebbe stato il grosso rischio di ritornare al sistema dell' inaffiatoio, in netta contraddizione con i fondamenti della nuova legge federale.

3.4 Principi direttori relativi ai criteri cantonali in fatto di sussidiamento agli assicurati

Il Consiglio di Stato sottopone al Parlamento una soluzione con la quale si mantengono costanti i limiti di reddito per determinare i beneficiari di sussidi e si procede contemporaneamente a misure di sgravio fiscale per compensare l' aumento del premio assicurativo nei confronti delle fasce di reddito oltre i limiti sussidiabili. Quest' ultima forma è comunque una decisione autonoma del Cantone, che non determina alcun aumento della partecipazione federale. Lo sgravio fiscale si concretizza attraverso una modifica dell' aliquota.

Per l'anno 1996 il Consiglio di Stato ha definito un ordinamento provvisorio relativo ai sussidi agli assicurati, in base all' art. 97 cpv. 2 LAMal.

3.5 Impostazione pratica relativa ai criteri cantonali di sussidiamento agli assicurati

I limiti di reddito che conferiscono il diritto al sussidio soggettivo nell'assicurazione sociale contro le malattie sono fissati come segue:

a) Persone sole	fr. 20'000.--
b) Famiglie	fr. 32'000.--
c) Reddito di riferimento	fr. 50'000.--

I limiti di reddito fissi comportano tuttavia l' inconveniente che a lungo andare, se non oggetto di adeguamento, determinano dei salti importanti tra l' ultima fascia di reddito con diritto al sussidio e la prima senza diritto.

Si impone dunque l'adozione di strumenti correttivi, di modo che l'importo minimo annuo del sussidio per l'ultima fascia di reddito con diritto diventi:

- fr. 200.-- nel caso di adulti;
- fr. 100.-- per quanto riguarda i figli.

Così il divario tra l' ultima fascia di reddito con sussidio e la prima senza viene contenuto entro termini ragionevoli.

3.6 Quota minima a carico degli assicurati sussidiati

qmcp = quota media cantonale ponderata, sussidio = qmcp - quota minima a carico dell' assicurato. E fissato un importo minimo a carico di ogni assicurato (fr. 620.- all' anno) fino a un dato reddito determinante RD1. Per redditi che si situano tra RD1 e il reddito determinante massimo (RDmax), la situazione è diversa a seconda che la quota della cassa malati in questione sia inferiore o superiore alla qmcp. Come si evince dal messaggio (pag. 30 e 31), il vantaggio di appartenere a una cassa malati con i premi bassi resta tale anche per un assicurato sussidiato. Inoltre il sussidio minimo resta sempre di fr. 200.- anche se il premio è inferiore alla qmcp.

I parametri RD1 e RDmax sono diversi a seconda che si tratti del caso di un membro adulto di una famiglia, del primo figlio, di una persona sola con reddito proprio o di una persona sola con reddito di riferimento.

La tabella illustra la situazione:

	RD1	RDmax
- Membro adulto famiglia	20'000.--	32'000.--
- Primo figlio	20'000.--	32'000.--
- Persona sola con reddito proprio	14'000.--	20'000.--
- Persona sola con reddito di rif.	30'000.--	50'000.--

La LCAMal tiene conto delle famiglie numerose con redditi medi e bassi, prevedendo un sussidio per i figli anche nella situazione in cui i membri maggiorenni della famiglia sono esclusi dal sussidio soggettivo a causa del loro reddito. È presumibile che già nel 1998 i limiti di reddito sopra indicati verranno innalzati al fine di tenere in considerazione i cambiamenti determinati dalla nuova legge tributaria. Quest' ultima comporta infatti un aumento dei redditi determinanti a parità di reddito lordo (per il concetto di reddito determinante vedi il paragrafo 3.7); conseguentemente per mantenere lo stesso livello di socialità occorrerà ritoccare verso l' alto i limiti di reddito determinanti.

3.7 Reddito disponibile

Nelle norme transitorie della legge in esame si specifica la provvisorietà del ricorso al concetto di reddito imponibile, che con la parte di sostanza imponibile considerata in base alle normative di legge dà luogo al reddito determinante. Il concetto di reddito imponibile dovrà decadere al momento di una nuova proposta operativa a partire da principi legati al reddito disponibile.

3.8 Pianificazione

Si distinguono fondamentalmente tre categorie di strutture medico-sanitarie:

- gli ospedali: cure stazionarie per malattie acute o misure di riabilitazione medica
- le istituzioni semiospedaliere: cure sanitarie semistazionarie (ad es. cliniche di giorno)
- le case di cura: istituti per pazienti lungodegenti (comprese case per anziani medicalizzate).

La LAMal precisa diverse condizioni cui le strutture summenzionate devono adempiere per esercitare a carico dell' assicurazione malattia sociale. Gli scopi di questa pianificazione vanno cercati nella volontà di coordinare i fornitori di prestazioni e soprattutto di contenere i costi. I Cantoni sono chiamati ad allestire una pianificazione limitatamente agli ospedali e case di cura, in base al fabbisogno ospedaliero, entro il 31.12.1997; tale documento pianificatorio potrà essere sottoposto all' Ufficio federale delle assicurazioni sociali, con l' indicazione di un elenco di istituti o di reparti di istituti, pubblici e privati, che verranno poi autorizzati a lavorare a carico della LAMal. Evidentemente, nell' ambito della legge sanitaria, possono essere svolte anche attività in istituti non riconosciuti dalla pianificazione, ma le stesse non

possono essere assolutamente messe a carico dell' assicurazione obbligatoria.

Il 2 aprile 1996 il Consiglio di Stato ha istituito un gruppo di lavoro (funzionari della sezione sanitaria, ufficio del medico cantonale, istituto delle assicurazioni sociali, ufficio delle attività sociali, ufficio di statistica, organizzazione sociopsichiatrica cantonale, ente ospedaliero cantonale, rappresentanti cliniche private e rappresentanti ordine dei medici), incaricato di elaborare un progetto di pianificazione ospedaliera ai sensi dell' art. 39 della LAMal.

Il progetto e l'elenco in questione verranno sottoposti a procedura di consultazione. Il gruppo dovrà in particolare tener conto:

- di una correlazione ottimale fra posti-letto negli ospedali e popolazione, al fine di evitare sovracapacità;
- della qualità delle cure e dell' assistenza;
- di un'equa distribuzione dei servizi, delle prestazioni e delle cure sul territorio cantonale, tenendo pure conto delle prestazioni che possono essere fornite fuori Cantone;
- del trasferimento in ambulatorio di prestazioni finora date in ambiente stazionario;
- della garanzia di accoglimento per pazienti di classe comune;
- della ripercussione sociale del finanziamento.

Nel corso della primavera una prima bozza di proposta verrà sottoposta alla verifica esterna del perito designato dal Consiglio di Stato, sig. Nils Undritz, già direttore dell' Associazione svizzera degli stabilimenti per ammalati. Prima dell' estate verranno consultati gli ambienti interessati, in modo tale che il Governo potrà discutere e approvare definitivamente la pianificazione e l' elenco degli istituti e dei reparti per l' autunno del corrente anno. Sarà evidentemente della massima importanza fondare il concetto pianificatorio e l' elenco che ne consegue su analisi approfondite della situazione attuale in materia di infrastrutture ospedaliere e ciò soprattutto per evitare che ricorsi in materia pianificatoria possano rimettere in discussione i concetti pianificatori di base, che dovranno essere estremamente selettivi, nel rispetto di un auspicabile contenimento dei costi nel settore ospedaliero. Del resto già nel messaggio si fa riferimento ad un abbondante numero di posti-letto per la cura di malattie acute in Ticino, che è tra i più elevati di tutti i Cantoni. Sembra dunque ipotizzabile la necessità di diminuire il numero di posti-letto. In relazione alla problematica in questione, si può rilevare dal grafico 1 come nel settore pubblico sin dai primi anni ' 80 vi siano stati notevoli sforzi per ridurre il numero di posti-letto. Purtroppo questo effetto di contenimento è stato in pratica annullato dall' aumento notevole dei posti-letto nelle strutture private. Ciò sta comunque a dimostrare che in Ticino il settore privato ha potuto beneficiare di ampi spazi di manovra, a differenza della maggior parte degli altri Cantoni, dove le strutture private sono praticamente inesistenti (in Ticino nel 1994 avevamo 2.11 letti acuti per 1000 abitanti in cliniche private; la media svizzera era di 0.81 letti; solamente il canton Basilea Città superava il Ticino con 2.97 letti). Il Consiglio di Stato, per evitare che i problemi si ampliassero ulteriormente, ha deciso già nel gennaio del 1995 di non più consentire l'apertura in Ticino di nessun nuovo ospedale acuto a carico dell'assicurazione sociale malattie e ciò fino alla definizione della pianificazione.

Grafico 1: Evoluzione dell'indice (1984=100) dei posti letto negli ospedali pubblici regionali, di zona e nelle cliniche private acute del Cantone Ticino (1984-1992)

(inserire grafico pag. 9)

3.9 Libera scelta dell'assicurato/pianificazione ospedaliera

La libera scelta tra i fornitori di prestazioni implica che l' assicuratore deve assumere, in caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell' assicurato. Ciò vale anche per l' assicurato che, senza motivi di ordine medico, scelga una struttura sita fuori dal suo Cantone di domicilio. Deve comunque sempre trattarsi di una struttura autorizzata ad esercitare a carico dell' assicurazione. Se i motivi del ricovero in una struttura fuori Cantone sono di ordine medico, l' assicuratore deve rimborsare l' assicurato secondo la tariffa applicabile alla struttura in questione, anche se supera quella vigente nel Cantone di domicilio del paziente. Tuttavia, se la struttura riconosciuta dell' altro Cantone è pubblica o sussidiata dall' ente pubblico e applica tariffe più elevate per i pazienti domiciliati fuori Cantone, la differenza deve essere assunta dal Cantone di domicilio dell' assicurato. Ad ogni modo la compensazione finanziaria tra i Cantoni può essere effettuata in modo autonomo, in base ad un accordo intercantonale e secondo la regola dell' art. 41 cpv. 3 LAMal.

Per quanto riguarda il Cantone Ticino è auspicabile che per cure specialistiche non fornibili nelle strutture ospedaliere cantonali si instaurino dei contatti con ospedali appositamente attrezzati di altri Cantoni. La Commissione della gestione ritiene senz' altro proponibile la rinuncia in Ticino a reparti di cure altamente specialistici. È infatti presumibile che una popolazione di poco più di 300' 000 abitanti non costituisca la sufficiente massa critica per garantire l' economicità ed una sufficiente redditività dell' investimento. La Commissione della gestione sollecita quindi il Governo a proporre scelte coraggiose in materia di pianificazione ospedaliera, nel rispetto dei criteri di economicità e redditività. Il discorso pianificatorio non va fatto esclusivamente in ambito intercantonale, ma dovrà esplicitare tutta la sua incisività pure in ambito cantonale. Infatti, sebbene l' Ente ospedaliero cantonale abbia comunicato al Consiglio di Stato che i piani d' investimento possono essere confermati e che si riesce comunque a contenere il deficit ospedaliero nel 18% del gettito d' imposta cantonale, come prescritto dalla legge, detti investimenti andranno attentamente ponderati. Pur non ignorando le scelte democratiche del popolo ticinese, a mente della Commissione, occorre riconsiderare alcuni investimenti ospedalieri pubblici previsti per i prossimi anni, senza peraltro compromettere un' equa e giustificabile ripartizione regionale degli stessi. La Commissione della gestione condivide ad esempio la proposta del Consiglio di Stato di centralizzare i reparti di chirurgia e di ginecologia-ostetricia da Faido a Bellinzona (vedi Messaggio n. 4625 del Consiglio di Stato concernente il II pacchetto di misure di correzione della tendenza di PF ' 96/ 99, scheda 47A), con un

risparmio di fr. 8.5 mio sulle spese d' investimento e risparmi non indifferenti sulle spese annuali di gestione corrente. Pure il ruolo dell' Ospedale Italiano di Lugano va riconsiderato, alla luce dei notevoli cambiamenti di ordine economico, sociale e finanziario che hanno caratterizzato la realtà cantonale, nazionale ed internazionale dopo la votazione popolare con la quale la maggioranza si oppose al credito di progettazione, che sanciva in pratica l' unificazione del Civico e dell' italiano in un' unica struttura. La proposta di contenere l' investimento in fr. 25 mio, con effetti molto importanti pure sulle spese di gestione corrente, va proprio nel senso indicato dalla LAMal, che impone l' adozione di criteri di economicità e redditività nella politica ospedaliera.

Pur prendendo atto della forte presenza in Ticino di strutture ospedaliere private, il Consiglio di Stato non potrà ignorare le richieste di inserimento nella pianificazione cantonale di ospedali e cliniche private, nel rispetto dell' art. 64 cpv. 2 della legge cantonale. Nell' ambito di una sana concorrenza e di una ricerca di efficienza e redditività delle infrastrutture ospedaliere, sarebbe infatti pericoloso se il Consiglio di Stato applicasse una politica troppo restrittiva in fatto di concessioni ad enti privati, pur sottolineando che all' EOC va riconosciuta notevole professionalità nella gestione degli ospedali pubblici e rigorosa applicazione dei criteri di economicità e redditività in ogni scelta di sua specifica competenza.

3.10 Tariffe degli ospedali pubblici e privati

Per la remunerazione delle cure i fornitori di prestazioni e gli assicuratori devono stabilire in base alla LAMal importi forfettari. Se si tratta di ospedali pubblici o sussidiati dall' ente pubblico, questi importi forfettari possono coprire al massimo il 50% dei costi fatturabili nei reparti comuni di tali strutture ospedaliere. L' eventuale differenza tra le tariffe applicabili agli assicurati che risiedono nel Cantone e le tariffe applicabili a quelli che non vi risiedono deve essere assunta dal Cantone di domicilio di quest' ultimi, ma solamente se la cura al di fuori del Cantone è necessaria per ragioni mediche. L' attuale ripartizione dei costi degli ospedali pubblici ticinesi (reparto comune) è molto vicina al massimo del 50% (ossia 50% a carico degli assicuratori, 50% a carico dell' ente pubblico) previsto dalla LAMal.

Per quanto riguarda gli ospedali privati, le parti (fornitori di prestazioni e assicuratori) possono convenire tassi di copertura più elevati. Questi ospedali non hanno evidentemente diritto di fatturare a carico dell' assicurazione malattia sociale, salvo se sono inclusi nella pianificazione ospedaliera cantonale.

3.11 Convenzioni

Si persegue l' obiettivo di promuovere una sana concorrenza all' interno dei partners che ruotano attorno al mercato sanitario; l' obiettivo è quello di un contenimento dei costi della malattia. Le convenzioni tariffali devono essere approvate dal Governo cantonale competente e, se vevoli per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. È chiesto pure il parere del sorvegliante dei prezzi.

La protezione tariffale degli assicurati poggia su due elementi fondamentali:

- i fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi convenzionali;
- i fornitori di prestazioni non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dal nuovo diritto federale in materia di obbligatorietà delle cure medico-sanitarie.

Questi principi sono ripresi anche nella legge cantonale d' applicazione (art.67-69).

3.12 Contenzioso

Agli assicurati sono garantiti i rimedi giuridici previsti dalla legge d' applicazione.

Si precisa che il Tribunale cantonale delle assicurazioni è competente anche in caso di litigio degli assicuratori tra loro o con terzi.

I litigi tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono giudicati da un tribunale arbitrale cantonale.

Le assicurazioni complementari sono state inserite nel diritto privato, ciò che implicherebbe vie di diritto ai sensi della procedura civile. Il Consiglio di Stato ha ritenuto tuttavia di attribuire al Tribunale cantonale delle assicurazioni la competenza di decidere anche nel merito delle vertenze relative alle assicurazioni complementari.

4. OSSERVAZIONI DELLA COMMISSIONE DELLA GESTIONE RELATIVE AI SINGOLI ARTICOLI DELLA LEGGE D'APPLICAZIONE

Art. 5

Si è preferito ancorare nella legge d' applicazione l' obbligo per gli assicuratori di fornire gratuitamente tutte le informazioni richieste dai loro affiliati sui loro diritti e sui loro obblighi, sebbene tale principio fondamentale sia già previsto nella legge federale all' art. 16.

Art. 6

Si è aggiunto: "secondo i disposti della presente legge".

Art. 13

Aggiunta: "o che lo hanno fatto tardivamente". Il concetto della costituzione tardiva di un rapporto assicurativo ai sensi di legge viene inserito in questo articolo; lo scopo è quello di colmare eventuali lacune assicurative.

Art. 28

Si specifica che i formulari per la richiesta di sussidi vengono inviati automaticamente ai soggetti fiscali che rispettano i parametri di legge per la concessione di sussidi. I disoccupati non ricevono automaticamente il formulario, ma ne devono fare esplicita richiesta. Dalla tabella allegata (tabella 2) si rileva ad esempio che nel 1996 sono stati inviati 51' 097 formulari, ciò che equivale ad un coinvolgimento complessivo di circa 85' 000 - 90' 000 persone; hanno ottenuto un sussidio il 76.09% dei richiedenti.

Art. 30

"biennio stabilito dal Consiglio di Stato"; si rilevi la problematica del biennio fiscale determinante. Per evidenti ragioni il biennio fiscale da utilizzare è quello per il quale esiste un numero di transazioni sufficiente. A metà anno 1996 ad esempio solamente il 60% circa delle tassazioni 1995~96 delle persone fisiche risultava evaso; di conseguenza, troppe domande di sussidio non potevano essere evase. Ci si è basati dunque sul biennio precedente con dei correttivi.

Art. 33 cpv. 3

La suddivisione in persone con attività lucrativa dipendente e non per le tre classi di premi riconosciuti si fissa indicativamente nei seguenti termini:

	% premio senza inf.	% premio con inf.
a) Assicurati adulti	60%	40%
b) Giovani adulti in formazione	15%	85%
c) Assicurati minorenni	--	100%

Art. 33 cpv. 4

Ogni assicuratore è abilitato ad applicare per ogni Cantone tre premi diversi e questo in base all' art. 61 cpv. 2 LAMal. Così facendo, il legislatore federale ha rotto il principio di solidarietà, fondamento d' importanza centrale della nuova LAMal. La cassa malati Helsana ad esempio applica dei premi più bassi rispetto al resto del Cantone per gli assicurati domiciliati nel comprensorio della Valle di Blenio.

Art. 34 cpv. 2

L' impegno del Consiglio di Stato è di considerare il maggior numero possibile di assicuratori e dunque di assicurati. Nel 1997 il numero di assicurati considerati superava il 90% del totale.

STATISTICA SUSSIDI AM

ANNO SUSSIDIO	BIENNIO FISC.	PERSONE SOLE				NUCLEI FAMILIARI		
		0-6000 INVIATI	ALTRI INVIATI	SUSS. CONCESSI	%	FORM. INVIATI	SUSS. CONCESSI	%
1994	91/92	8605	25336	19667	57.94	13723	12754	92.55
1995	93/94	9247	23110	20351	62.90	15092	15248	100.61
1996	93/94	10555	24221	23312	67.03	16321	15568	95.00
1997	93/94	9649	23727	0	0.00	16456	0	0.00

ANNO	BIENNIO	TOTALI			
SUSSIDIO	FISC.	TOT. INVIATI	TOT. SUSS. CONCESSI	%	N. CASI T. FONTE
1994	91/92	47664	32421	68.02	1509
1995	93/94	47449	35599	75.03	1846
1996	93/94	51097	38880	76.09	1908
1997	93/94	49832	0	0.00	0
				(*)	(#)

(*) SENZA ASSICURATI PC AVS/AI

(#) COMPRESI TASSATI ALLA FONTE

Art. 35

L' articolo in questione tratta della quota minima di premio a carico dell' assicurato. La stessa è stata portata da fr. 220.-, previsti originariamente nel messaggio, a fr. 620.-, importo comunicato dal Consiglio di Stato al Parlamento in occasione della discussione avvenuta in Gran Consiglio sul messaggio relativo agli sgravi fiscali in data 13.11.1996. Alcuni membri della Commissione della gestione hanno manifestato perplessità in merito all' aumento della quota minima. La Commissione della gestione ha pertanto ritenuto di chiedere al Consiglio di Stato l' allestimento di un messaggio aggiuntivo che spiegasse nei minimi dettagli le ragioni che hanno portato ad una proposta concreta di aumentare in modo marcato la quota minima a carico dell' assicurato.

Come si evidenzia in modo dettagliato nel messaggio aggiuntivo, l'aumento della parte minima di premio è dovuta in sintesi ai seguenti fattori:

- aumento del premio assicurativo (e dunque della qmcp) per tutti gli assicurati, anche per i 15' 000 beneficiari di prestazioni complementari
- aumento del numero di potenziali beneficiari del sussidio (sebbene interamente compensato dall'aumento dell'

importo di sussidi federali e cantonali disponibili);

c) nuova definizione della ripartizione del premio assicurativo per beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI tra le voci prestazioni complementari e assicurazione malattia;

d) assunzione di parte degli oneri legati agli assicurati indigenti nell' ambito dei sussidi assicurazione malattia.

Al fine di permettere una riduzione cospicua della quota minima di premio a carico dell' assicurato vi sono poche alternative, che la Commissione della gestione, conscia della gravità della situazione delle finanze cantonali, non può sostenere. Un' alternativa sarebbe quella di aumentare la quota parte di sussidi a carico del Cantone; la Confederazione non corrisponderebbe tuttavia alcun sussidio supplementare in quanto il Ticino già sfrutta completamente le sovvenzioni federali previste dalla LAMal. Un' altra possibilità sarebbe quella di ridurre il numero dei beneficiari dei sussidi, ritoccando verso il basso il reddito determinante e il reddito di riferimento; in questo modo tuttavia verrebbero esclusi dal sussidio fasce di reddito modeste, che hanno beneficiato solo molto parzialmente degli sgravi fiscali. L' ingiustizia nei loro confronti sarebbe dunque palese.

Art. 38

Sono stati ritoccati i sussidi minimi; da 180.- fr. a 200.- fr. nel caso di adulti; da 60.- fr. a 100.- fr. per il primo figlio.

Art. 40

Con l' esonero della presentazione dell' istanza di sussidio per i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI si vuole rendere un servizio ad una categoria di persone che potrebbe incontrare qualche difficoltà nella gestione delle proprie pratiche assicurative.

Art. 41

Nel messaggio si evidenzia in modo dettagliato il calcolo del sussidio a favore dei beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI. Infatti con l' entrata in vigore della LAMal è stata modificata la legge federale sulle PC AVS/AI; quest' ultima prevede che il premio dell' assicurazione contro le malattie non sia più compreso nel calcolo PC. Tuttavia, una specifica ordinanza stabilisce che, a compensazione della soppressione delle deduzioni per premi dell' assicurazione contro le malattie, i limiti di reddito possono essere aumentati.

Art. 49

Con questo articolo viene ancorata nella legge la competenza del Consiglio di Stato di adeguare annualmente le basi di calcolo dei sussidi; tenuto conto tuttavia dei limiti fissati nella legge stessa (ad es. i limiti di reddito dell' art. 29 o il reddito di riferimento dell' art. 32). Il Consiglio di Stato può adeguare dunque in modo dinamico, come previsto ad esempio dalla legge federale sulle prestazioni complementari e come contemplato dalla vecchia LCAM, la qmcp, i limiti di reddito che danno diritto al sussidio, la quota minima a carico degli assicurati, l' importo minimo di sussidio ecc.. Occorre chiedersi se questa esclusiva competenza conferita all' Esecutivo cantonale sia opportuna o se non si debba valutare la possibilità di attribuire al Gran Consiglio la competenza di legiferare in una materia, quella delle basi di calcolo dei sussidi, che ha ripercussioni dirette ed immediate sul portamonete del cittadino

La Commissione della gestione è giunta alla conclusione che una delega di competenza in materia di basi di calcolo dei sussidi al Consiglio di Stato è senz' altro proponibile. Al legislativo infatti compete pur sempre la facoltà di intervenire allorché viene presentato il messaggio sui preventivi, che in caso di cambiamenti di parametri in materia di sussidi per le assicurazioni sociali, con conseguenti ripercussioni sulle finanze cantonali, potrà essere oggetto di osservazioni e proposte concrete di emendamenti in sede parlamentare. Dunque al Legislativo è comunque garantita la possibilità di esprimere un parere in merito a decisioni del Consiglio di Stato in materia di sussidi per le assicurazioni sociali.

Nell' ambito della Commissione si è voluto comunque esaminare quali conseguenze comporterebbe un conferimento di competenza al Gran Consiglio in materia di limiti di reddito (art. 49d). A tale riguardo va innanzitutto sottolineato che il concetto che sta alla base della LCAMal è quello del sussidio mirato; quest' ultimo deve dunque andare a beneficio di chi ha un reddito inferiore al minimo vitale. Attualmente è allo studio dell' amministrazione cantonale una possibilità di armonizzazione delle leggi sociali, in modo tale che gli interventi puntuali a favore del singolo cittadino possano essere coordinati sulla base delle varie leggi sociali in vigore e possano permettere soprattutto di evitare che il soggetto cada in regime di assistenza pubblica. In questo contesto rimandiamo anche alla proposta in esame di far riferimento nelle leggi sociali al principio di reddito disponibile piuttosto che a quello di reddito imponibile (vedi par. 3.7 di questo rapporto). Il Consiglio di Stato sta in altre parole elaborando un nuovo concetto, che intende presentare al Gran Consiglio possibilmente ancora nel 1997, sicuramente di non facile attuazione e che ha quale obiettivo fondamentale il coordinamento fra le varie leggi sociali in vigore come pure la ricerca di importanti equilibri e meccanismi, tali appunto da evitare il ricorso all' assistenza pubblica. Orbene, il conferimento di una competenza al Gran Consiglio in materia di limiti di reddito potrebbe comportare la possibilità per il Legislativo di toccare una variabile importante, con conseguente rottura degli equilibri perseguiti dal Consiglio di Stato con l'armonizzazione delle leggi sociali. Di riflesso, la Commissione è del parere di confermare la proposta formulata nel disegno di legge che conferisce competenza al Consiglio di Stato in materia di limiti di reddito, quali basi per il calcolo del sussidio.

Art. 5

Vengono riconfermati i medesimi principi direttori su cui è impostato il diritto cantonale vigente per quanto riguarda la ripartizione degli oneri tra Cantone e comuni in relazione alla spesa cantonale nel settore delle assicurazioni sociali. Si rilevi che si adotta quale base di calcolo il numero degli abitanti residenti e non quello di coloro che sottostanno all' obbligo assicurativo. Per l' anno 1995 su una spesa sociale complessiva di 182 mio, 81.4 mio, ossia il 44.7% è stato assunto dai Comuni. Si evidenzia comunque il limite stabilito dall' art. 51 per l' onere a carico dei Comuni, che non può

superare il 10% del gettito dell' imposta cantonale per il comune interessato. In realtà l' onere teorico a carico di alcuni grossi comuni già supera il limite del 10% fissato dalla legge (cfr. Istituto delle Assicurazioni sociali, Partecipazione comunale alle spese CM, PC, AVS-AI per l' anno 1995, Bellinzona 10.1996).

Art. 59

Alla base della prevista restituzione di sussidi indebitamente percepiti sta la volontà di evitare ogni e qualsiasi lavoro amministrativo supplementare.

Art. 63

La competenza in materia pianificatoria è attribuita esplicitamente al Consiglio di Stato. Finora tutti i Cantoni che hanno approvato una legge d' applicazione alla LAMal sono andati in questa direzione. Ciò non toglie che è legittimo chiedersi a questo riguardo, se una delega di competenza dal Gran Consiglio al Consiglio di Stato sia opportuna. La Commissione della gestione è giunta alla conclusione che si possa condividere l' impostazione data nel messaggio del Governo L'attribuzione di competenza in materia pianificatoria al Consiglio di Stato è supportata dai seguenti argomenti:

- a) si garantisce maggior fluidità e celerità a tutte le operazioni in materia pianificatoria;
- b) si garantisce continuità rispetto alla situazione attuale;

Al Gran Consiglio d'atro canto rimangono pur sempre degli strumenti d' intervento in materia pianificatoria di non trascurabile importanza, che la Commissione della gestione ha ritenuto di precisare, e meglio:

a) la discussione della pianificazione in sede parlamentare. A questo riguardo il Legislativo sarà chiamato a dare indicazioni di fondamentale importanza al Consiglio di Stato. Si pensi alla necessità di riduzione di posti-letto acuti in Ticino Proprio per sancire la competenza del Gran Consiglio di discutere la pianificazione ospedaliera, dando precise indicazioni al Governo cantonale sui principi generali della stessa, si è ritenuto di inserire all' art. 63 della LCAMal un' aggiunta che specifica questo concetto, riprendendolo dalla legge ospedaliera. Pertanto l' art. 63 cpv. 1 proposto dalla Commissione è del seguente tenore:

Art. 63

A. Principio

1 Il Consiglio di Stato elabora e aggiorna la pianificazione degli ospedali e dei rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all' attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione ai sensi dell' art 39 cpv. 1 lett. d) LA Mal, la sottopone per discussione al Gran Consiglio e infine la adotta tenendo conto della discussione stessa.

2 Invariato.

b) La facoltà di intervenire con degli atti parlamentari

La pianificazione cantonale dovrà comprendere le strutture che dispensano trattamenti medici:

- a) per malattie acute;
- b) per malattie croniche;
- c) per provvedimenti di riabilitazione;
- d) per pazienti lungodegenti.

Si rammenti poi anche la possibilità conferita alle cliniche private, agli assicuratori ecc. che non fossero d' accordo con la pianificazione ospedaliera elaborata definitivamente dal Consiglio di Stato, di far capo al ricorso al Consiglio federale (art. 53 LAMal). I termini di ricorso decorrono a partire dall' adozione definitiva della pianificazione da parte del Consiglio di Stato.

Art. 65

Si sottolinea la necessità di coordinare la pianificazione ospedaliera con la pianificazione dell' EOC, con quella nel settore sociopsichiatrico e con quella per gli istituti sociali in materia di persone anziane.

Art. 67

Si sancisce il principio di economicità, che deve stare alla base delle convenzioni fra fornitori di prestazioni e assicuratori.

Art. 74

(contenzioso).

Gli articoli relativi al contenzioso sono stati sottoposti all' esame della "Commissione verifica leggi". che ha proposto i seguenti emendamenti.

Art. 74

Contestazioni nell'assicurazione sociale malattie:

1 Le 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.

2 È applicabile la legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

Commento:

La nota marginale è più conforme al linguaggio giuridico ordinario e sintetizza meglio il contenuto della norma.

Il cpv. 2 è normalmente pleonastico; tuttavia essendoci tre procedure distinte che derivano dalla medesima legge, la precisazione è in questo caso opportuna, almeno fino alla revisione totale della legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni, già sollecitata dalla Commissione per la verifica delle leggi, e alla probabile emanazione di una legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali. Entrambe queste leggi

dovrebbero finalmente riordinare dal punto di vista procedurale tutto il settore.

Art. 75

Assicurazioni complementari (private)

1 Le 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.

2 È applicabile per analogia la legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

Commento:

La procedura prevista da questo articolo è di diritto privato e sarebbe normalmente di competenza del pretore o del giudice di pace. E però manifestamente nell'interesse del cittadino assicurato che sia un solo tribunale specializzato ad occuparsi di tutta la materia. Il diritto delle assicurazioni sociali è considerato da diversi esperti a cavallo tra diritto pubblico e diritto privato con uno statuto proprio.

Nonostante si tratti di diritto privato, la legge federale prevede l'applicazione di principi tipici del diritto delle assicurazioni sociali, come quello di celerità (semplicità e speditezza). Attualmente non esiste nel diritto civile ticinese una procedura che risponda adeguatamente ai problemi che si pongono in questo caso. In sostanza è necessario uno scambio iniziale di allegati scritti e poi bisogna continuare oralmente. D'accordo con il TCA, l'unica soluzione proponibile nel breve periodo è l'applicazione per analogia della legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni. Successivamente, sulla base dell'esperienza, sarà possibile trovare una soluzione più adeguata nell'ambito della prevista revisione di detta legge.

Art. 76

Altre contestazioni

1 Contro 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.

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

3 È applicabile la legge di procedura per le cause amministrative.

Commento:

Il messaggio del Consiglio di Stato suddivide tutti i possibili ricorsi in diverse casistiche. Tale modo di procedere risulta inutilmente dispersivo e alla fin fine di difficile comprensione. Inoltre il messaggio lascia sussistere delle competenze del TRAM per la verità non immediatamente identificabili. La Commissione "verifica leggi" ritiene che per il cittadino, ma anche per l'amministrazione sia di gran lunga preferibile avere un solo tribunale, cioè il TCA, che si occupi dell'intera materia. Si potrà così beneficiare di una miglior competenza generale e soprattutto il cittadino non avrà alcun dubbio sull'autorità cui rivolgersi sia contro le decisioni delle casse malati sia contro quelle dell'amministrazione. In questo senso è opportuno unificare tutti i termini di ricorso e di reclamo a 30 giorni. Tale termine è infatti tipico del diritto delle assicurazioni sociali per cui si potranno evitare dubbi e soprattutto spiacevoli errori.

In questo modo tutto il contenzioso relativo alla LCAMal e retto da due principi semplici e univoci:

- qualsiasi decisione può essere contestata al TCA;

- qualsiasi decisione può essere impugnata entro 30 giorni.

Si evitano così distinzioni complesse a detrimento tanto dei cittadini che degli specialisti.

La Commissione della gestione e delle finanze ha già più volte sottolineato l'attenzione che deve essere portata alla possibilità materiale per il TCA di rispettare il principio di celerità e anche in questa occasione invita il Consiglio di Stato ad agire in tal senso.

Il nuovo art. 76 sostituisce gli art. 76, 77, 78, 79, 80 e 83 del messaggio del Consiglio di Stato. Di conseguenza, viene modificata la numerazione degli articoli successivi.

Art. 74 - 76 nuovi

In relazione al Tribunale cantonale delle assicurazioni, si evidenzia che allo stesso è stato concesso, in considerazione della mole di lavoro cui è confrontato e che tenderà senz'altro ad ulteriori incrementi, un giurista supplementare. Con i nuovi oneri derivanti dalla legge in esame, la Commissione della gestione ritiene che sarebbe opportuno consolidare la dotazione attuale in personale del Tribunale e dunque confermare l'unità supplementare, anche se evidentemente i problemi di contenzioso inerenti la nuova legge cantonale sono per ora solo ipotizzabili e non quantificabili, non avendo la stessa ancora esplicato il suo ruolo e la sua funzione.

Art. 77 nuovo (ex 81 del messaggio)

Si rileva che nella situazione attuale per presidente neutrale si intende il presidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni. Se il Consiglio di Stato deciderà in questo senso dovrà comunque assegnare i mezzi necessari al Tribunale Arbitrale per poter svolgere celermente i suoi compiti in questo delicato settore, dovendo infatti lo stesso rispettare il principio della celerità (art. 89 cpv. 5 LAMal). Va pure osservato che questa procedura non è gratuita, contrariamente a quella del Tribunale cantonale delle assicurazioni.

Art. 78 nuovo (ex 82 del messaggio)

Si specifica che l'art. è stato completato, rispetto alla proposta iniziale, con l'aggiunta "nel rispetto dell'art. 84 LAMal", che fa riferimento alla protezione dei dati.

La mancata trasmissione di tutte le sentenze, come da qualcuno auspicato, metterebbe in difficoltà l'istituto delle

assicurazioni sociali, che si vedrebbe preclusa la possibilità di seguire l'evoluzione della giurisprudenza in un settore di sua specifica competenza. Con l'aggiunta concordata nell'ambito della Sottocommissione che si è occupata del messaggio LCAMal, si garantisce nel modo più assoluto la protezione dei dati personali.

4. CONCLUSIONI

Fatte queste considerazioni, la Commissione della gestione e delle finanze invita il legislativo cantonale ad approvare i messaggi n. 4474 (Legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie), n. 4474A (Aggiunta al Messaggio n. 4474 del 3 gennaio 1996 concernente la legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie), n. 4504 (Emendamenti al disegno di legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie) e il disegno di legge allegato al presente rapporto.

Con l'entrata in vigore della presente legge cantonale di applicazione è abrogato il decreto legislativo di applicazione del 18.12.1995, della Legge federale sull'assicurazione malattia del 18.3.1994.

Per la Commissione gestione e finanze:

Daniele Lotti, relatore

Beltraminelli - Bonoli - Brenni - Donadini -

Gendotti - Lombardi - Merlini - Pezati - Pini -

Simoneschi-Cortesi - Sergi, con riserva -

Verda, con riserva.

Disegno di

LEGGE

di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal).

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

Articolo 1

A. Scopo

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

Articolo 2

B. Campo di applicazione

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

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

2 Sono 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.

Articolo 3

C. Vigilanza ed esecuzione

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

2 Esso 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.

Articolo 4

D. Obbligo di fornire informazioni

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.

Articolo 5

E. Obblighi degli assicuratori

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

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

3 Essi 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

Articolo 6

A. Adempimento dell'obbligo assicurativo

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.

Articolo 7

B. Libera scelta dell'assicuratore

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

2 Il 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).

Articolo 8

C. Inizio dell'obbligo d'assicurazione

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).

Articolo 9

D. Fine dell'obbligo d'assicurazione

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

Articolo 10

E. Esonero dall'obbligo di assicurazione

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 1 - Organizzazione

Articolo 11

A. Vigilanza e controllo

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

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

Articolo 12

B. Compiti del Consiglio di Stato

I. In generale:

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

II. In particolare:

2 In 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

Articolo 13

C. Compiti dei Comuni

1. In generale:

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

2 Esso 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.

3 Il regolamento definisce le norme di dettaglio.

Articolo 14

II. In particolare

1 In 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.

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

3 È riservato l' art. 17 cpv. 2.

Articolo 15

D. Compiti degli assicuratori

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

2 Il 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);

3 L'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.

Articolo 16

E. Compiti dei datori di lavoro

I. In generale:

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

2 L'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.

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

Articolo 17

II. In particolare

1 Il 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).

2 In 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.

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

Articolo 18

F. Compito dell'Ufficio federale dell'assicurazione militare

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 2 - Affiliazione d'ufficio

Articolo 19

Iscrizione ad un assicuratore

1 Il 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 L'iscrizione è ordinata retroattivamente per un periodo massimo di cinque anni a decorrere dal momento dell' intimazione.

3 Il regolamento definisce i criteri di ripartizione tra gli assicuratori.

TITOLO III - ESAZIONI E PAGAMENTI

Articolo 20

A. Premi e partecipazioni irrecuperabili

1 L'assicuratore che a seguito della procedura esecutiva di cui all' Ordinanza sull' assicurazione malattie del 27 giugno 1995 (OAMal) ottiene un attestato di carenza di beni definitivo, chiede all' autorità di assistenza sociale designata dal Consiglio di Stato il pagamento dei crediti irrecuperabili relativi alle prestazioni obbligatorie delle cure medico-sanitarie, incluse le spese esecutive e gli interessi di mora.

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

3 Prima 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.

Articolo 21

B. Nuova procedura

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

Articolo 22

C. Divieto agli assicuratori

1 Nei 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.

2 È 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 1 - Norme generali

Articolo 23

A. Scopo

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

Articolo 24

B. Campo di applicazione

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 2 - Definizioni

Articolo 25

A. Famiglia

1 Costituiscono 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.

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

Articolo 26

B. Persona sola

1 È 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.

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

Articolo 27

C. Figlio

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 1 - Procedura

Articolo 28

Istanza di sussidio

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

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

Sezione 2 - Norme generali

Articolo 29

A. Limiti di reddito

Hanno diritto al sussidio, riservati gli artt. 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.-.

Articolo 30

B. Reddito determinante

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.

Articolo 31

C. Accertamento del reddito determinante

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. 6' 000.-- secondo il biennio fiscale determinante, che esercitano un' attività lucrativa;
- d) in altri casi particolari.

Articolo 32

D. Reddito di riferimento

1 Per stabilire il diritto al sussidio, il reddito determinante delle persone sole con reddito imponibile nullo o reddito lordo annuo inferiore a fr. 6' 000.-- in base ai dati fiscali applicabili, è quello della persona o della famiglia da cui dipendono per il loro sostentamento.

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

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

Articolo 33

E. Premio riconosciuto per i sussidi

1 Al fine del calcolo del sussidio, il Consiglio di Stato determina per ogni assicuratore il premio riconosciuto per gli assicurati adulti, per gli assicurati in formazione di età compresa tra 18 e 25 anni e per gli assicurati fino all' età di 18 anni.

2 Il 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.

3 Il 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.

4 Se 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.

Articolo 34

F. Quota media cantonale ponderata

1 La 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.

2 Il 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.

3 Il 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.

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

Articolo 35

G. Quota minima annua

1. Partecipazione minima:

1 L'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.--.

2 Sono riservati gli artt. 40 e 43.

Articolo 36

II. Calcolo del contributo oltre la partecipazione minima

1 Oltre 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.mino];
 f) importo minimo del sussidio [suss.mino].

2 Essa è calcolata a partire dalle formule seguenti:

a) se $p > qmcp$:

$qmcd - (imD.mino + suss.min)$	$x (RD - LR2) + imp.mino$
LR 1 - LR2	

b) se $p < qmcp$:

$D - (imp.mino + suss.mino)$	$x (RD - LR2) + imp.mino$
LR1 - LR2	

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

4 Sono riservati gli artt. 40 a 43.

Articolo 37

III. Forme particolari di assicurazione

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

Capitolo III - Importi di sussidio

Sezione 1 - Norme generali

Articolo 38

A. Calcolo del sussidio

1 Il 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.

2 Non vengono corrisposti sussidi di importo annuo inferiore a:

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

Articolo 39

B. Procedura

1 Il sussidio è dedotto dal premio del singolo assicurato al quale è stato concesso.

2 L'assicuratore non può compensare eventuali crediti scoperti con la trattenuta del sussidio a favore dell' assicurato.

Sezione 2 - Assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI

Articolo 40

A. Istanza di sussidio

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

Articolo 41

B. Premio lordo

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

2 L'importo complessivo del premio lordo degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI è finanziato in parte dai sussidi nell' assicurazione sociale contro le malattie e in parte attraverso l' Ordinanza relativa all' aumento dei limiti di reddito a seguito dell' introduzione di una riduzione di premi nella LAMal, del 13 settembre 1995.

Articolo 42

C. Parte a carico del sussidio nell'assicurazione malattie

1 L'ammontare dell'importo globale di cui all' art. 41 cpv. 2 a carico dell' assicurazione sociale contro le malattie è determinato, di regola, in base all' importo di sussidio destinato ad assicurati con il medesimo reddito disponibile rispetto alle persone beneficiarie di PC AVS/AI.

2 Gli importi di cui al cpv. 1 sono definiti nella forma forfetaria.

Articolo 43

D. Aumento dei limiti di reddito PC

1 L'aumento dei limiti di reddito per i beneficiari di PC AVS/AI è definito ai sensi dell' Ordinanza di cui all' art. 41 cpv. 2.

2 Restano riservate le disposizioni della legge cantonale concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l' invalidità in materia di definizione dei limiti di reddito nel quadro delle PC AVS/AI.

Capitolo IV - Sussidi per l'esonero dei figli

Sezione 1 - Norme generali

Articolo 44

A. Famiglie sussidiate

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

2 È riservato l' art. 48.

Articolo 45

B. Famiglie non sussidiate con RD fino a fr. 5'000.- oltre il limite per il sussidio

1 Le famiglie non sussidiate con un reddito determinante fino a fr. 5' 000.-- 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.

2 È riservato l' art. 48.

Articolo 46

C. Altre famiglie

1 Le 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.

2 È riservato l' art. 48.

Articolo 47

D. Norme procedurali per l'esonero dei figli

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 2 - Riconoscimento del sussidio per l'esonero dei figli

Articolo 48

Ammontare del sussidio

1 Il Cantone versa agli assicuratori presso i quali sono iscritti i figli esonerati dal pagamento dei premi in base alla presente legge, per ogni figlio esonerato, l' equivalente del premio applicato giusta l' art. 61 cpv. 3 LAMal, tuttavia solo fino all' ammontare massimo della quota media cantonale ponderata per assicurati il cui premio è inferiore a quello degli adulti.

2 L'assicuratore riscuote la differenza presso gli assicurati interessati.

Capitolo V - Adeguamento delle basi di calcolo

Articolo 49

Basi di calcolo

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

Articolo 50

A. Quota parte a carico dei Comuni

I. In generale:

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

2 La 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.

Articolo 51

II. In particolare

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 10 per cento del gettito dell' imposta cantonale per il Comune nell' anno stabilito dal Consiglio di Stato.

Articolo 52

B. Quota parte a carico del Cantone

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

Capitolo VII - Disposizioni varie

Sezione 1 - Sussidio retroattivo

Articolo 53

A. Perenzione del diritto al sussidio

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

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

Articolo 54

B. Domanda di sussidio

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

2 Tale richiesta deve specificare le motivazioni del ritardo.

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

Articolo 55

C. Decisioni in merito alla domanda di sussidio

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

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

3 La negligenza nell' inoltrare dell' istanza di sussidio nei termini stabiliti dal regolamento non è considerata motivo valido per il riconoscimento del sussidio nella forma retroattiva.

Articolo 56

D. Diritto previgente

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

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

Sezione 2 - Forme particolari di assicurazione

Articolo 57

A. Definizione del sussidio

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

Articolo 58

B. Caso particolari

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 3 - Restituzione di sussidi e condono

Articolo 59

A. Restituzione dei sussidi indebitamente percepiti e condono

1 I sussidi indebitamente percepiti devono essere restituiti dal beneficiario all' assicuratore presso il quale egli è affiliato.

2 Per ciò che concerne la restituzione di tali sussidi o il condono dell' obbligo di restituirli, sono applicabili per analogia le prescrizioni relative alla legge federale sull' assicurazione per la vecchiaia e i superstiti, del 20 dicembre 1946.

Articolo 60

B. Domanda di condono

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.

Articolo 61

C. Decisioni in merito al condono

Il Consiglio di Stato fa decidere nel merito delle domande di condono

Sezione 4 - Controllo dei sussidi

Articolo 62

Rapporto di revisione

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

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

TITOLO V - PIANIFICAZIONE

Articolo 63

A. Principio

1 Il Consiglio di Stato elabora e aggiorna la pianificazione degli ospedali e dei rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all' attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione ai sensi dell' art. 39 cpv. 1 lett. d) LAMaI; la sottopone per discussione al Gran Consiglio e infine la adotta tenendo conto della discussione stessa.

2 Essa si applica per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura / istituti per anziani).

Articolo 64

B. Scopo

1 La pianificazione è intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero e delle case di cura in funzione delle necessità della

popolazione, così come a razionalizzare le risorse nel settore sociosanitario e delle cure.
2 Essa prende adeguatamente in considerazione gli enti privati.

Articolo 65

C. Coordinamento

La pianificazione cantonale di cui all' art. 63 è coordinata, in modo particolare, con la pianificazione dell'Ente ospedaliero cantonale, la pianificazione nel settore sociopsichiatrico e la pianificazione degli istituti sociali in materia di persone anziane.

Articolo 66

D. Componenti

La pianificazione ospedaliera e degli altri istituti si compone di un elenco classificante:

- a) le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati, suddiviso in ospedali per la cura di malattie acute, ospedali per l' attuazione di provvedimenti medici di riabilitazione, stabilimenti per la cura di malattie croniche e istituti per anziani;
- b) gli ospedali situati fuori del Cantone, secondo i rispettivi mandati, che assicurano in particolare le prestazioni che non possono essere dispensate nel Cantone Ticino

TITOLO VI - CONVENZIONI

Capitolo I - Convenzioni tariffali

Articolo 67

A. Scopo

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

Articolo 68

B. Approvazione

- 1 Le convenzioni tariffali concernenti il Cantone Ticino sono approvate dal Consiglio di Stato.
- 2 L'atto di approvazione è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino (Bollettino ufficiale).

Articolo 69

C. Obblighi per i fornitori di prestazioni

- 1 I fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall' autorità competente.
- 2 Essi non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla LAMal o dalle relative Ordinanze.
- 3 Restano riservate le disposizioni particolari della LAMal in materia di protezione tariffale.

Capitolo II - Ricusa

Articolo 70

Norme generali

- 1 Il fornitore di prestazioni che rifiuta di fornire prestazioni conformemente alla LAMal o alla presente legge deve dichiararlo all' istanza designata dal Consiglio di Stato.
- 2 Il nominativo del fornitore di prestazioni che opta per la ricusa è pubblicato nel Foglio ufficiale.
- 3 L'effetto della ricusa prende inizio dalla data indicata nel Foglio ufficiale.
- 4 Le 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

Articolo 71

Norme generali

- 1 I 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.
- 2 Le norme di cui al cpv. 1 possono essere incluse nelle convenzioni tariffali.
- 3 Se 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

Articolo 72

A. Ricoveri ospedalieri fuori Cantone

- 1 Il Consiglio di Stato 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 fuori Cantone.
- 2 Tale istanza rilascia inoltre le garanzie finanziarie giusta l' art. 41 cpv. 3 LAMal ai sensi dei disposti vigenti.
- 3 Il regolamento definisce i criteri che disciplinano la materia di cui ai cpv. 1 e cpv. 2.

Articolo 73

B. Profarmacia

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

Articolo 74

A. Contestazioni nell'assicurazione sociale malattie

1 Le 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.

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

Articolo 75

B. Assicurazioni complementari (private)

1 Le 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.

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

Articolo 76

C. Altre contestazioni

1 Contro 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.

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

3 È applicabile la Legge di procedura per le cause amministrative.

Capitolo II - Tribunale arbitrale

Articolo 77

Definizione, composizione e norme di procedura

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

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

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

4 Le 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.

Capitolo III - Sentenze dei Tribunali

Articolo 78

Trasmissione

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

Articolo 79

A. Contravvenzioni

1 Può 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.

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

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

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

Articolo 80

B. Prescrizione

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

Articolo 81

A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto

1 I 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.

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

Articolo 82

B. Criteri di calcolo del sussidio

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

Articolo 83

C. Servizio medico nelle regioni di montagna

1 Il 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.

2 Le 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

Articolo 84

A. Regolamento

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, 44a55,57a60,63cpv.3,64, 65, 67a72,76a79 cpv. 1,80a 85.

Articolo 85

B. Abrogazione

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 .

Articolo 86

C. Entrata in vigore

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.

ALLEGATO

MODIFICA DI ALTRE LEGGI

I.

La Legge concernente le prestazioni complementari all' assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l' invalidità del 21 dicembre 1965. è completata come segue:

Art. 21 CDV. 4

4 Il premio lordo dell' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI è pagato direttamente dal Cantone agli assicuratori.

La singola prestazione complementare nei confronti dell' avente diritto è di conseguenza ridotta nella misura necessaria al pagamento del premio assicurativo, tenuto conto della parte di premio a carico del sussidio nell' assicurazione sociale contro le malattie.

II.

La Legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in materia di assicurazioni sociali del 6 aprile 1961, è modificata come segue:

A. Titolo - Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni del 6 aprile 1961

Art. 1 CDV. 1 lett. a), l) e n), CDV. 3 (nuovo)

Ricorso, petizioni e termini

g) dagli assicuratori autorizzati all' esercizio ai sensi della legge federale sull' assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal), in materia di assicurazione sociale contro le malattie;

l) dall' istanza designata dal Consiglio di Stato nel quadro della Legge di applicazione della legge federale sull' assicurazione malattie (LCAMal);

n) dalla Cassa cantonale di compensazione, in materia di prestazioni complementari AVS/AI.

3 Contro le decisioni concernenti le assicurazioni complementari all' assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d' assicurazione, degli assicuratori autorizzati all' esercizio ai sensi della legge federale sull' assicurazione malattie del 18 marzo 1994, è data petizione al Tribunale cantonale delle assicurazioni. La procedura, applicata in analogia, è quella prevista per i ricorsi

ALLEGATO:

Tabella sinottica della differente numerazione degli articoli di legge in relazione alle stesure successive, e meglio:

- messaggio governativo;

- 1° emendamento al messaggio governativo;

- rapporto della Commissione della gestione e delle finanze.

Allegato al rapporto commissionale.

INDICE

1. Disegno di LCAMal: riassunto emendamenti

2. Disegno di LCAMal: dettagli emendamenti

1. DISEGNO DI LCAMal: riassunto emendamenti

Rapporto ono Lotti	1° emendamento Messaggio CDS	Messaggio governativo
	Art. 5	Art. 5
Art. 5		
Aggiunta cpv. 3		
	Art. 49	Art. 49
Art. 49		
Modifica nella formulazione		
	Art. 63	Art. 63
Art. 63		
Modifica nella formulazione al cpv. 1		
	Art. 74	Art. 74
Art. 74		
Modifica marginale aggiunta cpv. 2		
	Art. 75	Art. 75
Art. 75		
Modifica marginale aggiunta cpv. 2		
	Art. 76 a 81 e 84	Art. 76 a 80 e 83
Art. 76		
	Art. 82	Art. 81
Art. 77		
	Art. 83	Art. 82
Art. 78		
	Art. 85	Art. 84
Art. 79		
	Art. 86	Art. 85
Art. 80		
	Art. 87	Art. 86
Art. 81		
	Art. 88	Art. 87
Art. 82		
	Art. 89	Art. 88
Art. 83		
	Art. 90	Art. 89
Art. 84		
	Art. 91	Art. 90
Art. 85		
	Art. 92	Art. 91
Art. 86		

Articolo 5

E. Obblighi degli assicuratori

- 1 Gli assicuratori svolgono a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla presente legge.
- 2 Essi forniscono gratuitamente tutte le informazioni e le attestazioni necessarie agli organi incaricati della sua applicazione, e in particolare all' autorità cantonale di vigilanza.
- 3 Essi informano inoltre gratuitamente i loro affiliati sui loro diritti e sui loro obblighi, e prestano a tale titolo la necessaria consulenza.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 5

E. Obblighi degli assicuratori

- 1 Gli assicuratori svolgono a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla presente legge.
- 2 Essi forniscono gratuitamente tutte le informazioni e le attestazioni necessarie agli organi incaricati della sua applicazione, e in particolare all' autorità cantonale di vigilanza.
- 3 Essi informano inoltre gratuitamente i loro affiliati sui loro diritti e sui loro obblighi, e prestano a tale titolo la necessaria consulenza.

Messaggio governativo

Articolo 5

E. Obblighi degli assicuratori

- 1 Gli assicuratori svolgono a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla presente legge.
- 2 Essi forniscono gratuitamente tutte le informazioni e le attestazioni necessarie agli organi incaricati della sua applicazione, e in particolare all' autorità cantonale di vigilanza.

Articolo 49

Basi di calcolo

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.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 49

Basi di calcolo

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.

Messaggio governativo

Articolo 49

Basi di calcolo

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.

Art. 63 - Rapporto ono Lotti

Articolo 63

A. Principio

1 Il Consiglio di Stato elabora e aggiorna la pianificazione degli ospedali e dei rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. d) LAMal; la sottopone per discussione al Gran Consiglio e infine la adotta tenendo conto della discussione stessa.

2 Essa si applica per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura / istituti per anziani).

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 63

A. Principio

1 Il Consiglio di Stato elabora e aggiorna la pianificazione degli ospedali e dei rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. d) LAMal.

2 Essa si applica per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura / istituti per anziani).

Messaggio governativo

Articolo 63

A. Principio

1 Il Consiglio di Stato elabora e aggiorna la pianificazione degli ospedali e dei rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. d) LAMal.

2 Essa si applica per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura / istituti per anziani).

Art. 74 - Rapporto ono Lotti

Articolo 74

A. Contestazioni nell'assicurazione sociale malattie

1 Le 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.

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 74

A. Sentenze in materia di assicurazione sociale contro le malattie

Le 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.

Messaggio governativo

Articolo 74

A. Sentenze in materia di assicurazione sociale contro le malattie

Le 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.

Art. 75 - Rapporto ono Lotti

Articolo 75

B. Assicurazioni complementari (private)

1 Le 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.

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 75

B. Sentenze in materia di assicurazioni complementari

Le 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.

Messaggio governativo

Articolo 75

B. Sentenze in materia di assicurazioni complementari

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

Art. 76 - Rapporto ono Lotti

Articolo 76

C. Altre contestazioni

1 Contro 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.

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

3 È applicabile la Legge di procedura per le cause amministrative.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 76

C. Sentenze in materia di sussidi

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato che determinano il diritto al sussidio o l' importo dello stesso, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 77

D. Sentenze in materia di affiliazioni d'ufficio

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato in materia di affiliazione d' ufficio, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 78

E. Sentenze in materia di esenzione dall'obbligo d'assicurazione

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato nel merito delle domande di esenzione dall' obbligo d' assicurazione, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 79

F. Sentenze in materia di ammissione all'assicurazione

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato nel merito delle domande d' ammissione all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione:

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

Articolo 80

G. Sentenze in materia di restituzione di sussidi o di condono

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato in materia di restituzione di sussidi indebitamente percepiti o di condono della restituzione, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 81

H. Sentenze in materia di ospedalizzazioni fuori Cantone

Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato ai sensi dell' art. 72 è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notificazione.

Articolo 84

Procedure di reclamo e di ricorso

1 Contro le altre decisioni emesse in virtù della presente legge e la cui procedura di contestazione non è di pertinenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni o del Tribunale arbitrale, è data facoltà di reclamo, entro 15 giorni dalla loro notificazione, all' organo amministrativo che le ha emesse.

2 Contro le decisioni su reclamo è data facoltà di ricorso al Consiglio di Stato ai sensi della Legge di procedura per le cause amministrative, del 19 aprile 1966.

3 Contro le decisioni del Consiglio di Stato è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Messaggio governativo

Articolo 76

C. Sentenze in materia di sussidi

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato che determinano il diritto al sussidio o l' importo dello stesso, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 77

D. Sentenze in materia di affiliazioni d'ufficio

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato in materia di affiliazione d' ufficio, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 78

E. Sentenze in materia di esenzione dall'obbligo d' assicurazione

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato nel merito delle domande di esenzione dall' obbligo d' assicurazione, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 79

F. Sentenze in materia di ammissione all'assicurazione

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato nel merito delle domande d'ammissione all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie, è data facoltà di reclamo all'istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 80

G. Sentenze in materia di restituzione di sussidi o di condono

1 Contro le decisioni dell' istanza designata dal Consiglio di Stato in materia di restituzione di sussidi indebitamente percepiti o di condono della restituzione, è data facoltà di reclamo all' istanza stessa entro 15 giorni dalla notificazione.

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

Articolo 83

Procedure di reclamo e di ricorso

1 Contro le altre decisioni emesse in virtù della presente legge e la cui procedura di contestazione non è di pertinenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni o del Tribunale arbitrale, è data facoltà di reclamo, entro 15 giorni dalla loro notificazione, all' organo amministrativo che le ha emesse.

2 Contro le decisioni su reclamo è data facoltà di ricorso al Consiglio di Stato ai sensi della Legge di procedura per le cause amministrative, del 19 aprile 1966.

3 Contro le decisioni del Consiglio di Stato è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Art. 77 - Rapporto ono Lotti

Articolo 77

Definizione, composizione e norme di procedura

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

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

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

4 Le 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.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 82

Definizione, composizione e norme di procedura

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

Cantone.

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

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

4 Le 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.

Messaggio governativo

Articolo 81

Definizione, composizione e norme di procedura

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

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

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

4 Le 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.

Art. 78 - Rapporto ono Lotti

Articolo 78

Trasmissione

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.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 83

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.

Messaggio governativo

Articolo 82

Trasmissione

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.

Art. 79 - Rapporto ono Lotti

Articolo 79

A. Contravvenzioni

1 Può 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.

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

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

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 85

A. Contravvenzioni

1 Può 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.

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

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

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

Messaggio governativo

Articolo 84

A. Contravvenzioni

1 Può 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.

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

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

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

Art. 80 - Rapporto ono Lotti

Articolo 80

B. Prescrizione

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 86

B. Prescrizione

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

Messaggio governativo

Articolo 85

B. Prescrizione

Riservato il cpv. 3, le contravvenzioni di cui all' art. 84 si prescrivono nel termine di cinque anni dal giorno dell' atto punibile.

Art. 81 - Rapporto ono Lotti

Articolo 81

A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto

1 I 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.

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 87

A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto

1 I 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.

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

Messaggio governativo

Articolo 86

A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto

1 I 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.

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

Art. 82 - Rapporto ono Lotti

Articolo 82

B. Criteri di calcolo del sussidio

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 88

B. Criteri di calcolo del sussidio

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

Messaggio governativo

Articolo 87

B. Criteri di calcolo del sussidio

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

Art. 83 - Rapporto ono Lotti

Articolo 83

C. Servizio medico nelle regioni di montagna

1 Il 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.

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

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 89

C. Servizio medico nelle regioni di montagna

1 Il 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.

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

Messaggio governativo

Articolo 88

C. Servizio medico nelle regioni di montagna

1 Il 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.

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

Art. 84 - Rapporto ono Lotti

Articolo 84

A. Regolamento

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. 3, 64, 65, 67 a 72, 76 a 79 cpv. 1, 80 a 85.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 90

A. Regolamento

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. 3, 64, 65, 67 a 72, 76 a 79 cpv. 1, 80 a 85.

Messaggio governativo

Articolo 89

A. Regolamento

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, 15, 16, 18, 29 cpv. 1, 30, 44 a 55, 57 a 60, 62 a 65, 67 a 72, 76 a 79 cpv. 1, 80 a 85.

Art. 85 - Rapporto ono Lotti

Articolo 85

B. Abrogazione

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.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 91

B. Abrogazione

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.

Messaggio governativo

Articolo 90

B. Abrogazione

Con l' entrata in vigore della presente legge è abrogato il Decreto legislativo di applicazione della legge federale sull' assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, del 22 novembre 1995.

Art. 86 - Rapporto ono Lotti

Articolo 86

C. Entrata in vigore

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.

1° emendamento Messaggio CDS

Articolo 92

C. Entrata in vigore

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.

Messaggio governativo

Articolo 91

C. Entrata in vigore

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 il 1° aprile 1996.