

MESSAGGIO

del Consiglio di Stato al Gran Consiglio,
che accompagna un nuovo disegno di legge sull'assicurazione contro
le malattie in sostituzione del controprogetto del 28 novembre 1957
opposto all'iniziativa popolare del 28 ottobre 1957 per una riforma
della legge vigente (testo unico aggiornato del 20 aprile 1949)

(del 22 luglio 1960)

Onorevoli signori Presidente e Consiglieri,

Nella seduta del 19 gennaio 1959, nella passata legislatura, il Gran Consiglio approvò in prima lettura un disegno di legge riguardante l'assicurazione contro le malattie opposto all'iniziativa popolare del 28 ottobre 1957.

La mancata adesione del Consiglio di Stato e l'adozione per interpretazione autentica del principio per il quale, nel termine di un anno dalla data della pubblicazione relativa alla raccolta delle firme, il Gran Consiglio era tenuto a pronunciarsi solo in prima lettura, permise il rinvio del disegno all'esecutivo cantonale per la formulazione di un rapporto.

Durante la sopracitata seduta, il Consiglio di Stato e per esso l'allora direttore del Dipartimento igiene testualmente affermò :

« Il Consiglio di Stato, nella sua seduta odierna, ha esaminato il controprogetto all'iniziativa popolare per l'istituzione di una Cassa malati cantonale nella forma in cui è uscito dalle deliberazioni di questo Gran Consiglio.

Il testo definitivo presenta, innanzitutto, un notevole aggravio finanziario rispetto a quanto venne proposto dal Consiglio di Stato con la sua relazione del 28 novembre 1958. Questo aggravio è in special modo determinato dalle modificazioni apportate agli art. 17 lett. f), no. 3 e 27, e se non è stato possibile per oggi accertarne in franchi e centesimi le conseguenze a carico del bilancio cantonale e in parte a carico dei bilanci comunali, esse ammontano, sia pure in una prudente previsione, ad alcune centinaia di migliaia di franchi.

Divergente è pure risultata l'opinione circa il trattamento delle casse malati private.

Ma anche la decisione del Gran Consiglio di togliere dalla legge l'articolo che assicura a questo nuovo istituto cantonale il necessario finanziamento ha determinato l'atteggiamento del Consiglio di Stato.

Per queste considerazioni il Consiglio di Stato non dà la sua adesione al disegno di legge votato dal Gran Consiglio.

Data l'estrema importanza della materia in discussione e visto che il Gran Consiglio ha previsto di applicare la legge a far tempo dal 1. gennaio 1960, il Consiglio di Stato assume esplicitamente l'impegno di riprendere in esame questo oggetto con sollecitudine in modo da concordare una nuova soluzione ancora entro la fine del corrente anno ».

A motivo dei successivi cambiamenti alla direzione del Dipartimento delle opere sociali e della necessità di uno studio ponderatissimo del problema, il Consiglio di Stato si sdebita solo ora dell'esplicito impegno assunto, trasmettendovi il presente disegno di legge sull'assicurazione in caso di malattia, disegno che sostituisce, in opposizione al testo elaborato secondo gli intenti dei promotori

dell'iniziativa, il controprogetto adottato in prima lettura dal Gran Consiglio, il quale viene ritirato (art. 30 Cost. c.).

La sostituzione del precedente controprogetto con quello ora sottoposto alla Sovrana Rappresentanza si giustifica per le seguenti ragioni :

- 1) l'assicurazione malattie ha la propria principale ragion d'essere in confronto dei ceti economicamente deboli della popolazione; ad essi dev'essere rivolta la massima cura dello Stato affinché, nel nuovo ordinamento sociale, trovino un'efficace protezione assicurativa ed un'ampia tutela dei loro diritti essenziali, da un lato, e siano posti, dall'altro, in condizioni di soddisfare agli obblighi che si intendono imporgli;
- 2) la politica dei sussidi deve tener conto, come avviene in altri campi, dei bisogni di ciascuno, essendo contrario a qualsiasi esigenza sociale il sistema di dare in pressochè eguale misura all'abbiente e al non abbiente, con inutile dispendio per le finanze pubbliche e col pericolo d'importare ad una contrazione delle previdenze per chi più ne ha bisogno. Del resto, i sussidi elargiti senza necessità o a dismisura finiscono in questo campo col diventare controproducenti perchè rallentano i freni e il senso della responsabilità personale;
- 3) ma non basta distinguere tra abbiente e meno abbiente nel settore di sussidi pubblici; occorre altresì, per le stesse esigenze sociali, assegnare a due Casse malati, diverse e amministrativamente distinte tra loro, i diversi ceti economici della popolazione, istituendo a questo scopo, come propone il nuovo disegno di legge, un'assicurazione obbligatoria ed un'assicurazione facoltativa, giuridicamente ed amministrativamente indipendenti;
- 4) infine, atteso che i sussidi pubblici, se possono risolvere materialmente l'appartenenza dei ceti meno abbienti all'assicurazione malattie, contribuiscono soltanto indirettamente a garantire quelle basi morali essenziali e quei sani e razionali concetti amministrativi, su cui si deve fondare l'assicurazione pubblica, appare necessario dettare anche a questo riguardo un preciso indirizzo.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

Il disegno di legge limita questa assicurazione ai ceti economicamente più deboli e più precisamente :

- a) alle famiglie, il cui reddito onnuo netto non supera i Fr. 8.000,—, con un supplemento di Fr. 500,— per ogni figlio minorenni;
- b) alle persone sole, il cui reddito non supera i Fr. 5.000,—.

Il limite di reddito per le famiglie è stato calcolato in ragione del 160 % di quello delle persone sole, conformemente ai criteri seguiti in altri campi assicurativi. Un insieme di norme minori configurano e limitano questo tipo d'assicurazione.

Il progetto già accettato in prima lettura nella precedente legislatura prevedeva per le famiglie un reddito massimo di Fr. 9.000,—, più un supplemento di Fr. 300,— per ogni figlio minorenni. Per le persone sole questo reddito era inspiegabilmente portato a Fr. 8.000,— con evidente mancanza di proporzionalità. Poco e insufficiente, d'altronde, il supplemento di Fr. 300,— per i figli minorenni, che il presente progetto ha portato a Fr. 500,—, integrando così, con miglior giustizia e razionalità, il reddito familiare ridotto da Fr. 9.000,— a Fr. 8.000,—.

Se non esiste un metro assoluto per stabilire i limiti finanziari tra l'assicurazione obbligatoria e quella facoltativa, si può tuttavia arguire che un ulteriore aumento di questi redditi non corrisponde a una vera necessità sociale, mentre

pregiudicherebbe quella relativa omogeneità economica, che si è voluto conseguire tra gli assicurati obbligatori, in modo da poter esigere tariffe mediche adeguate, che tornino a vantaggio delle Casse e dei loro affiliati e indirettamente anche degli enti pubblici sovventori. Che una troppa promiscuità di redditi vada a scapito dei ceti economicamente più deboli si può dedurre anche dal fatto che, a pari tariffe, il quarto moderatore è sempre più moderatore con l'abbassarsi del reddito, mentre lo è sempre meno per i redditi elevati, con l'inevitabile conseguenza che i più poveri pagherebbero anche per il minor ritegno di chi si trova in condizioni economiche migliori.

Attuazione dell'assicurazione obbligatoria. Per l'attuazione dell'assicurazione obbligatoria, il disegno prevede, oltre al diritto degli assicurati di accedere a Casse malati private riconosciute, tre varietà di Casse pubbliche :

- a) la Cassa cantonale per l'assicurazione obbligatoria;
- b) le Casse comunali;
- c) le Casse consorziali.

I Comuni hanno il diritto d'istituire, separatamente o riuniti in consorzio, una propria Cassa malati. Possono tuttavia rinunciarvi, affidando l'assicurazione della loro popolazione alla Cassa malati cantonale, alla quale farebbe normalmente capo tutta la mano d'opera straniera dimorante nel Cantone, soggetta per sua natura a facili spostamenti.

La Cassa malati cantonale per l'assicurazione obbligatoria rappresenterebbe per i Comuni, che non vi avessero già aderito, una specie d'istituzione di approdo in caso di difficoltà. E' noto, infatti, che non è sempre agevole per i piccoli Comuni e per i piccoli Consorzi sobbarcarsi a un'amministrazione oculata e vigile di una Cassa malati, per poco che si voglia soddisfare alle necessità di legge, alle nuove prestazioni previste ed ai diritti fondamentali degli assicurati. Esempi di Comuni, e non dei minori, che assolvono i loro impegni assicurativi attraverso Casse malati private, già sono troppo conosciuti e istruttivi così da dispensarci da ulteriori richiami su questo argomento.

Contributi pubblici e sgravi sociali. Il disegno di legge non prevede sussidi pro capite, oltre ai soliti sussidi federali. I contributi, cantonali e comunali, sono dati sotto forma di sgravi sociali a favore degli assicurati e sono di due generi : lo sgravio sulle quote e lo sgravio sulle spese di cura effettivamente incontrate dall'assicurato. Il Cantone e i Comuni vi partecipano in parti uguali.

Lo sgravio sulle quote (art. 30) è pari, secondo l'entità del reddito, ai due terzi, alla metà e a un terzo per le famiglie; alla metà e a un terzo per le persone sole. E' inoltre previsto uno speciale sgravio per le famiglie numerose, pari al 50 % della quota residua per il quarto figlio, al 75 % per il quinto e al 100 % per gli altri figli.

Lo sgravio sulle spese di cura incontrate (art. 32) entra in linea di conto quando queste spese eccedono, in un periodo di 12 mesi consecutivi, una somma equivalente a un ventesimo del reddito, se trattasi di famiglie, e a un decimo, se trattasi di persone sole. In questo caso il Cantone e i Comuni si assumono il pagamento del 75 % dell'eccedenza inferiore ai 500 franchi e del 100 % dell'eccedenza superiore ai 500 franchi.

A lato della netta distinzione fatta tra assicurazione obbligatoria e assicurazione facoltativa, il concetto dello sgravio sulle eccessive spese di cura incontrate può essere annoverato tra le innovazioni più provvide e importanti, introdotte nel sistema assicurativo, che fa capo al presente disegno di legge.

Tra gli altri sgravi degni di nota, è l'assunzione da parte del Cantone e dei Comuni del quarto di partecipazione dell'assicurato alle spese di determinate prestazioni ostetriche (art. 33), come già era nel precedente progetto.

Contributi agli assicurati di Casse private. Gli assicurati di Casse private godono dei medesimi contributi pubblici a sgravio delle loro quote (art. 31), purchè la Cassa dia loro prestazioni per lo meno pari a quelle previste dalla legge.

Obbligatorietà assoluta e non relativa. Il controprogetto di legge, già adottato in prima lettura nella precedente legislatura, ha ricalcato dalla legge vigente il principio della perdita del diritto alle prestazioni da parte degli assicurati in mora, dopo il termine stabilito, con i pagamenti. Tale principio è in assoluta antitesi con il principio dell'obbligatorietà dell'assicurazione e con le sue finalità sociali. L'assicurazione obbligatoria si tramuta in questo caso in un'assurda assicurazione facoltativa di fatto. A farne le spese, poi, potrebbero essere chiamate anche povere madri di famiglia con la rispettiva figliolanza, per l'incuria o la insolvenza di un marito sperperatore, quelle madri e quell'infanzia che si vorrebbero invece proteggere con una legge apposita e con una evidente contraddizione in atto. Questo principio, ispirato alle origini dalle Casse malati, poteva avere qualche giustificazione contingente, ma denuncia spesso, più che un malessere, una carenza amministrativa di fronte a quei mezzi legali d'incasso forzato e tempestivo, che le Casse pur hanno a disposizione.

In base al presente disegno di legge, l'assicurato in mora con il pagamento delle quote o del contributo di partecipazione alle spese non perde il diritto alle prestazioni (art. 14). Nei suoi confronti, la Cassa si riserva tuttavia di limitare le prestazioni ai minimi prescritti dalla legge federale e di subordinarle all'anticipo del quarto della somma di volta in volta prevedibile e ad altre restrizioni minori.

Convenzioni. Il disegno di legge è partito dal concetto di tre convenzioni uniche cantonali, medica, farmaceutica e ospedaliera, per tutte le Casse pubbliche obbligatorie (art. 53), sia per sveltire e uniformare il servizio sanitario, sia per rendere più omogenei i contributi percentuali previsti. Già oggi ci sono medici e farmacisti che attendono a più di una Cassa malati pubblica. E' prevedibile che domani ce ne saranno di più.

Sono escluse dall'obbligo della convenzione unica le Casse malati di montagna, che danno un'indennità annuale ai propri medici. E ciò conforme al secondo capoverso dell'art. 16 della legge federale.

ASSICURAZIONE FACOLTATIVA

Le persone escluse per ragioni di reddito dall'assicurazione obbligatoria, e soprattutto quelle che ne facevano già parte e che si trovano al beneficio del diritto di continuità, devono poter trovare in un'istituzione pubblica la possibilità di assicurarsi in caso di malattia, usufruendo almeno in parte dei vantaggi riservati agli assicurati a titolo obbligatorio, vantaggi che si giustificano in modo speciale per le persone che vivono in margine ai redditi esposti. L'assicurazione pubblica, in questo caso, non può essere attuata che attraverso una Cassa cantonale autonoma per l'assicurazione facoltativa, essendo impensabile che i Comuni possano raggruppare, separatamente o riuniti in consorzio, un congruo numero di assicurati per dar vita ad una Cassa malati di questo genere.

Abbandonare l'assicurazione facoltativa alle Casse private, pur con sussidi pubblici, non era, d'altra parte, possibile, perchè queste Casse non hanno obbligo alcuno di accettare indiscriminatamente come assicurati gli esclusi dall'assicurazione obbligatoria e soprattutto quelli che all'assicurazione obbligatoria già facevano parte, nonostante l'età e il loro stato di salute. L'assicurazione obbligatoria sarebbe stata in obbligo di trattenere nelle rispettive Casse tutti coloro che, dovendovi già appartenuto, sarebbero tenuti ad uscirne per sopravvenuta incompatibilità di reddito.

Norme d'affiliazione. L'iscrizione alla Cassa cantonale per l'assicurazione facoltativa è cautelata da diritti di riserva e di esclusione in conformità della legge federale e delle decisioni di massima.

Contributi cantonali. Il Cantone è chiamato a partecipare (art. 63) con un semplice ed unico sussidio pro capite annuo di Fr. 10,— al pagamento delle quote a carico di questi assicurati, purchè iscritti nella Cassa cantonale. Se per l'assicurazione obbligatoria i contributi pubblici sono devoluti anche agli affiliati di Casse private, per l'assicurazione facoltativa questo non è possibile senza pregiudicare la consistenza numerica della Cassa cantonale, fattore non indifferente per la sua struttura e vitalità.

Contributi comunali. I contributi comunali sono facoltativi, ma riservati ai soli Comuni che non partecipano alla compensazione intercomunale diretta.

DIRITTI DEGLI ASSICURATI

Il problema delle Casse malati fu prevalentemente visto nei suoi rapporti economici piuttosto che dal lato sociale e tecnico, tanto che la pietra di paragone per l'eccellenza di una Cassa non è quasi mai stata la qualità e l'estensione dei servizi resi, bensì il modo in cui tornavano i conti. Di che grado e qualità fosse il servizio sanitario; se ci fossero, e in quale misura, fughe di assicurati, costretti a risolvere o a integrare per proprio conto e a proprie spese le deficienze della Cassa, queste ed altre questioni, di non minore importanza, erano totalmente trascurate. A questa concezione della funzione di una Cassa malati ha sicuramente contribuito anche il retaggio di molti anni di condotta medica, sulla base della quale furono avviate le nostre Casse malati pubbliche, dimenticandone troppo spesso gli scopi e le finalità, che della condotta medica sono il superamento. Bisogna però riconoscere, che tutti gli appelli fatti dalle istituzioni interessate per veder di assistere le Casse malati su nuove e più salde basi economiche, non ottennero la comprensione che meritavano.

Per quanto riguarda i diritti veri e propri degli assicurati, il disegno di legge si ispira alla legge federale e tiene conto di quelle maggiori previdenze ed esigenze, che non sono in urto con essa e che sono conformi con lo sviluppo moderno dell'assicurazione malattie. Così nel campo delle prestazioni generali, oltre all'assunzione delle spese per la levatrice, non contemplate dalla legge federale, sono riconosciute quelle inerenti sia alla lista delle specialità medicinali, sia alle applicazioni curative di raggi Röntgen e di radio, sia agli apparecchi ortopedici, seppur nei limiti specificati nel regolamento d'applicazione.

Quanto alla durata delle prestazioni mediche e del diritto ai medicinali in genere, si reputa di non prevedere limiti nel caso in cui le prestazioni sono date ambulatoriamente o al domicilio del medico e di ridurla invece ai termini massimi di legge in caso di cure ospedaliere.

Ma più o al pari di questi diritti, contano quelli che garantiscono all'assicurato quelle libertà elementari, che sostanziano la funzione delle Casse, nonchè i diritti che salvaguardano l'assicurato da sistemi amministrativi inadeguati.

Diritto di libera scelta del medico. Oggi quasi più nessuno contesta l'importanza morale ed anche scientifica del diritto di libera scelta del medico da parte dell'assicurato. Si formulano solo riserve dal lato economico ed amministrativo, ma queste riguardano, se mai, più la pratica di questa facoltà che non la facoltà stessa, la quale in fondo è un vero e proprio diritto naturale dell'assicurato, soprattutto di fronte all'assicurazione obbligatoria.

Il Consiglio di Stato è perfettamente conscio che l'onere generale ed amministrativo aumenta con l'estensione dei diritti degli assicurati, ma a questa stregua e a stregua del cosiddetto stretto necessario, anche altri servizi pubblici potrebbero allora essere ridotti. Ma è forse moralmente possibile nel nostro caso obbligare individui ad assicurarsi per poi lasciarli sprovveduti quando, per ragioni plausibili e pertinenti, non si sentissero più di ricorrere al medico imposto dalla Cassa? E i casi di quei medici di Cassa, momentaneamente troppo occupati, che non possono svolgere con la necessaria solerzia e cura il loro servizio, sono forse da mettere all'attivo di un'assicurazione malattie bene ordinata? E' legge generale, del resto, che i professionisti si affinano e si perfezionano con la libera concorrenza, sprone talvolta necessario per superar se stessi. Sarebbe davvero assurdo che proprio agli assicurati di Casse pubbliche sia negato ciò che è correntemente concesso alle centinaia di migliaia di assicurati di Casse malati private riconosciute, disseminati, talora in forma unica o prevalente, in tutti i Cantoni.

Anche dal lato puramente medico si consegue una parità di diritti, che si fanno sempre più imperiosi e socialmente ineluttabili quanto più l'assicurazione malattie si sostituisce al libero esercizio privato della medicina.

La libera scelta del medico, nel concetto esposto dal presente disegno di legge (art. 11), ci sembra non possa più trovare opposizioni valide, anche perchè risulta dalla fusione pratica dei principi esposti agli art. 15 e 16 della legge federale, di cui il primo è principale e il secondo subordinato. In base a questo concetto, *l'assicurato ha libera scelta del medico tra quelli che esercitano nel luogo di sua dimora o nei dintorni e che si sono impegnati di attenersi alla tariffa e alle norme convenute, approvate dal Consiglio di Stato.*

Il principio della libera scelta del medico vale per i due tipi di assicurazione previsti, salvo per le Casse di montagna, per le quali è facoltativo in conformità del secondo capoverso dell'art. 16 della legge federale, in quanto dette Casse corrispondono ai medici preposti una indennità annuale. Per queste Casse, infatti, il problema maggiore è quello di avere almeno un medico, che si impegni giorno e notte e per tutte le stagioni.

Migliore salvaguardia amministrativa per gli assicurati. Siamo costretti a risalire alla decisione 9 aprile 1941 del Consiglio federale per giustificare talune disposizioni inserite nel presente disegno di legge a tutela degli interessi degli assicurati. In base alla decisione citata, il Consiglio federale ha riconosciuto ai medici (e, per analogia, anche ai farmacisti) il diritto di credito diretto e primario verso le Casse per gli assicurati da essi curati, anche quando non si trovano in rapporti contrattuali con la Cassa. Questo diritto, che era contestato dalle Casse, interessa di riverbero anche agli assicurati, cui reca giustizia e vantaggi. Dice infatti il Consiglio federale, tra i suoi considerandi:

«L'assicurazione ha lo scopo politico-sociale di dare la possibilità anche alla popolazione meno abbiente, e soprattutto a questa, di fruire di una assistenza medica. Affinchè questo scopo possa essere raggiunto in modo soddisfacente, l'assicurato non deve correre il rischio di dover pagare direttamente (per poi essere rimborsate) le spese incontrate per l'assistenza medica e per i medicinali, poichè una gran parte degli assicurati non sarebbero in condizioni di poterlo fare. Questa soluzione corrisponde anche ai bisogni pratici in quanto le Casse possono giudicare meglio dei loro membri se la cura medica in un dato caso era necessaria ed appropriata e se il conto del medico corrisponde alle tariffe».

Questa decisione sembra sia stata pressochè lettera morta per il Cantone Ticino perchè gran parte delle Casse, se non tutte, esigono dagli assicurati il

pagamento diretto delle note dei medici (specialisti, consulenti), che non siano legati da contratto. Così avviene anche per le note degli ospedali e per il quarto delle spese dovute ai farmacisti. Il problema ha quindi una sua specifica importanza e meritava d'essere vagliato e disciplinato dalla legge cantonale stessa anche per quel che riguarda il sistema degli anticipi fatti pagare dagli assicurati. Vogliamo riferirci innanzitutto al sistema dei buoni di cura, che in determinate Casse pubbliche l'assicurato deve provvedersi di volta in volta per aver diritto ad una visita e ad una consultazione medica. Nessuno vuole escludere che questo sia un espediente amministrativo comodo per venire in sicuro possesso di una parte almeno di quanto è dovuto dall'assicurato come partecipazione alle spese di cura. E' un espediente, tuttavia, da catalogare, per analogia e conseguenze, nei sistemi riprovati dalla citata decisione del Consiglio federale.

Si è voluto attribuire al sistema dei buoni di cura una certa azione moderatrice sui troppo facili ricorsi al medico. Se mai, questo può valere solo per chi, pur avendo veramente bisogno di cure, può stentare sul momento a raggranellare i denari necessari per l'acquisto dei buoni. Le preoccupazioni del Consiglio federale sono quindi valide anche per questi casi e per qualunque altro analogo, come può essere il sistema, quasi generalizzato, di far pagare direttamente dall'assicurato il quarto dovuto per le spese di farmacia. A parte il fatto che la farmacia, purtroppo, non è oggi più garante come lo era una volta, perchè l'incasso incontrollato è fatto spesso da inservienti e da commessi, riteniamo che il miglior mezzo moderatore sia pur sempre quello d'inviare all'assicurato la somma complessiva di ciò che è tenuto a pagare, perchè dei pagamenti fatti alla spicciolata non resta generalmente quasi più il ricordo.

A conclusione di ciò, il disegno di legge sancisce all'art. 26 il principio che il contributo di partecipazione alle spese deve essere riscosso direttamente dalle Casse malati a prestazioni date e a conti debitamente verificati. Inoltre che le Casse non possono esigere anticipi (sotto forma di buoni di cura od altro) sulle somme dovute dall'assicurato, salvo l'eccezione prevista all'art. 14, riguardante i morosi cronici.

CRITERI E TEMPESTIVITA' DELLE ESAZIONI

Accanto ai diritti degli assicurati, che si tramutano in obblighi da parte delle Casse, il presente disegno di legge non ha mancato di porgere alle Casse tutte le armi necessarie per il buon funzionamento economico dell'istituzione, che poggia innanzitutto sui criteri e sulla tempestività delle esazioni. A questo e ad altri riguardi, le Casse cantonali avranno il sicuro vantaggio su quelle comunali e consorziali, non solo di poter disporre di un apparato amministrativo più agguerrito, ma anche dall'essere più indipendenti e lontane da quelle condizioni locali e quelle inframmettenze, che trattengono spesso le amministrazioni di affrontare decisamente e in tempo utile i diversi casi e le diverse situazioni.

DI DUE ARGOMENTI SPECIFICI

Indennità di parto e d'allattamento. Innovando nei confronti del controprogetto approvato in prima lettura, il presente disegno di legge prevede la concessione di un'indennità di parto di Fr. 40,—, pari al sussidio dato dalla Confederazione, indipendentemente dal fatto che la madre allatti o no il bambino. Per quanto concerne il premio di allattamento — istituito dal legislatore federale per incoraggiare l'allattamento al seno, ritenuto, a giusta ragione, il più indicato per la salute e la prosperità del neonato — non si è invece creduto di andare oltre i Fr. 20,— stabiliti dalla legge federale, rinunciando ad aumenti cantonali per un più lungo periodo di allattamento com'era previsto dal controprogetto. Le ragioni vanno ricercate soprattutto nelle difficoltà di accertare, senza disporre

di onerosi controlli, se la donna ha allattato o meno nei periodi prefissi, e in una troppo grande disparità di trattamento che verrebbe a crearsi, se pure a fin di bene, tra la madre che può allattare e quella che non può per mancanza di latte o per altri fondati motivi.

Cure balneari. Il disegno di legge, a differenza del controprogetto già passato in prima lettura, non accenna espressamente alle cure balneari per le malattie reumatiche. Nel concetto di stabilimento di cura, accostato a quello di ospedale, gli stabilimenti balneari possono però già considerarsi inclusi. L'assicurato potrà in ogni caso contare, in attesa della riassicurazione in sede federale per le malattie reumatiche :

- a) sul contributo giornaliero d'ospedalizzazione, di cui all'art. 19, che comincia già con il primo giorno;
- b) sull'assunzione da parte della Cassa delle spese di cura medica e dei medicinali eventuali.

Mettere un limite di giorni a queste cure è antirazionale e superfluo perchè si limitano già da sè.

RIASSICURAZIONI

Il disegno di legge ha mantenuto, con qualche variante, le tre specie di riassicurazione già contemplate nel controprogetto precedente, e cioè quella per il contributo giornaliero d'ospedalizzazione (art. 19), quello per le prestazioni in caso di tubercolosi (art. 21) e quello per le prestazioni normali e suppletive in caso di poliomielite acuta anteriore e simili (art. 22)

Il concetto di poliomielite è stato ampliato secondo il parere chiesto al prof. Rossi di Berna, aggiungendo ai casi di poliomielite anteriore acuta, vera e propria, anche le forme affini per paralisi, quadro clinico e conseguenze, qualunque ne sia l'origine.

ONERE FINANZIARIO

Non è agevole fare pronostici sull'onere finanziario complessivo che il presente disegno di legge arrecherà al Cantone e ai Comuni. I dati statistici delle Casse malati pubbliche esistenti non sorreggono in questa ricerca, data la maggiore estensione delle prestazioni per genere e durata proposta dal nuovo ordinamento. Occorre inoltre tenere presente che le terapie e il sistema di cura sono in continua evoluzione e le tariffe mediche stesse seguono necessariamente gli adeguamenti all'economia generale, ai quali non possono fare eccezione. Infine c'è l'incognita dovuta alla libera scelta del medico, ma è un'incognita molto relativa, prima di tutto per l'esistenza delle Casse di montagna e poi perchè la libera scelta del medico è già una realtà di fatto in parecchie Casse malati, con tendenza ad estendersi e ad imporsi ogni giorno di più, indipendentemente dalla nuova legge.

Sulla scorta della recente statistica tributaria riteniamo di poter valutare a 100.000 l'effettivo delle persone sottoposte all'assicurazione obbligatoria. Quanto al contributo medio che dovrebbe essere versato da ogni singolo assicurato perchè l'assicurazione possa pareggiare il suo fabbisogno non altrimenti coperto dai sussidi federali e dalla partecipazione degli assicurati alle spese (quarto moderatore), i dati desunti dalle statistiche di casse malati che offrono prestazioni analoghe a quelle previste dal presente disegno di legge suggeriscono di determinarlo, con un certo pessimismo, in 60 franchi annui. L'importo ammesso per i calcoli delle ripercussioni finanziarie del controprogetto adottato in prima lettura era notevolmente inferiore; occorre tuttavia avvertire che secondo i risultati dell'esercizio 1958 delle Casse malati pubbliche esso sarebbe stato appena suffi-

ciente a coprire le spese nette ad esse derivanti dalla concessione delle prestazioni attualmente previste dai loro statuti.

Si tratta ora di stimare i contributi che Cantone e Comuni saranno chiamati a versare in applicazione degli articoli 30 e 31 del disegno di legge per alleggerire l'onere contributivo degli assicurati. A tale scopo appare plausibile operare con la percentuale media del 50 %. Ne consegue che il contributo cantonale e comunale dovrebbe aggirarsi sui 30 franchi pro capite, vale a dire per 100.000 assicurati su 3 milioni di franchi di cui 1,5 milioni a carico del Cantone e 1,5 milioni a carico dei Comuni (art. 34 del disegno di legge).

La spesa per l'assunzione parziale o integrale del quarto moderatore, nei casi contemplati dall'art. 32 del disegno di legge — spesa che deve essere parimenti ripartita in ragione della metà ciascuno tra Cantone e Comune —, viene valutata in Fr. 100.000,—. A ciò si deve aggiungere per il Cantone il sussidio annuo da versare al costituendo istituto di riassicurazione (art. 69) di Fr. 170.000 (dato ripreso dai calcoli presentati per la legge speciale del 17 dicembre 1957) oltre ad un contributo unico di Fr. 25 - 30.000,— (art. 83) nonché un sussidio annuo alla Cassa cantonale per l'assicurazione facoltativa (art. 63) valutato per 20.000 assicurati in Fr. 200.000,—. I calcoli sopra esposti possono essere riassunti come segue :

	<i>Cantone</i> Fr.	<i>Comune</i> Fr.
contributi per il pagamento delle quote degli assicurati obbligatori (Fr. 15 x 100.000)	1.500.000,—	1.500.000,—
contributo per il pagamento del quarto moderatore	50.000,—	50.000,—
sussidio annuo all'istituto di riassicurazione	170.000,—	—,—
sussidio pro capite per gli assicurati facoltativi (Fr. 10 x 20.000)	200.000,—	—,—
onere complessivo	1.920.000,—	1.550.000,—

A titolo comparativo si fa rilevare che nel 1958 il Cantone ha versato alle Casse malati pubbliche e private sussidi per circa 600.000,— franchi e i Comuni per le sole Casse malati pubbliche circa 1.355.000,— franchi. L'aumento degli oneri per questa nuova provvidenza è indubbiamente cospicuo, specie per il Cantone. Avuto riguardo alle condizioni finanziarie dei futuri assicurati, esso costituisce tuttavia, a nostro avviso, il contributo minimo dovuto dall'ente pubblico ove intenda soddisfare gli impegni morali che si assume rendendo obbligatoria l'assicurazione ed estendendone le prestazioni.

In considerazione di quanto sopra esposto e ricordato che l'Autorità federale, cui sono stati sottoposti i criteri e i principi che informano il nuovo ordinamento cantonale sull'assicurazione contro le malattie, affinché li esaminasse dal profilo del diritto federale, ha dato in via preliminare la sua approvazione, vi invitiamo a voler dare la vostra approvazione di seconda lettura al controprogetto alla iniziativa popolare 28 ottobre 1957 per la riforma della legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, nel testo che qui accompagniamo.

Vogliate gradire, onorevoli signori Presidente e Consiglieri, l'espressione del migliore ossequio.

Per il Consiglio di Stato,

Il Presidente :

Il Cons. Segr. di Stato :

Zorzi

Pellegrini

CONTROPROGETTO

alla iniziativa popolare per una riforma della legge
sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni
Testo unico del 20 aprile 1949

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

vista l'iniziativa popolare del 28 ottobre 1957, pubblicata nel Foglio ufficiale 5 novembre 1957, n. 87 - 88, a pag. 1755, per la riforma della legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni - Testo unico 20 aprile 1949;
vista la legge 22 febbraio 1954 sulla iniziativa popolare, sul referendum e sulla revoca del Consiglio di Stato;
raccomanda al popolo la reiezione dell'iniziativa popolare del 28 ottobre 1957 e l'accoglimento del seguente controprogetto :

Disegno di

LEGGE

sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa
contro le malattie

(del)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

visto il messaggio 22 luglio 1960 n. 906 del Consiglio di Stato;
vista la legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni e l'art. 15 della legge federale del 13 giugno 1928 per la lotta contro la tubercolosi e le relative ordinanze federali,

d e c r e t a :

Titolo I.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

Capo I.

NORME GENERALI

Art. 1

Campo
d'applicazione

L'assicurazione contro le malattie è dichiarata obbligatoria in conformità della presente legge per :

- a) le famiglie domiciliate nel Cantone, il cui reddito complessivo annuo non supera gli 8.000,— franchi, con un supplemento di 500,— franchi per ogni figlio minorenni;
- b) le persone sole domiciliate nel Cantone, il cui reddito annuo non supera i 5.000,— franchi.

Art. 2

L'obbligo assicurativo è esteso, entro i limiti stabiliti dall'art. 1, alla mano d'opera straniera, occupata e dimorante nel Cantone.

Estensione alla
mano d'opera
straniera

Art. 3

¹ Costituiscono una famiglia ai sensi del presente titolo :

Definizione

- a) i coniugi conviventi con o senza figli;
- b) i celibi e le nubili, i vedovi e i divorziati d'ambo i sessi con figli minorenni conviventi.

a) della famiglia

² E' considerata persona sola ai sensi del presente titolo :

b) della persona
sola

- a) il celibe e la nubile d'età superiore ai 20 anni;
- b) il vedovo, la vedova, il divorziato e la divorziata senza figli minorenni conviventi;
- c) il coniuge separato per sentenza giudiziaria o di fatto, senza figli minorenni conviventi;
- d) l'orfano di padre e di madre, che non è stato accolto in una famiglia come figlio elettivo.

³ E' considerato figlio ai sensi del presente titolo il figlio legittimo, naturale, adottivo, elettivo o il figliastro d'età inferiore ai 20 anni.

c) del figlio

Art. 4

¹ E' reddito determinante la somma dei proventi netti di cui all'art. 17 della legge tributaria. L'accertamento avviene secondo le norme fiscali, senza tener conto delle deduzioni previste dagli art. 19, cpv. 1, 21, § e 30 di detta legge.

Reddito deter-
minante
a) accertamento

² Nel calcolo del reddito determinante per la famiglia non è tenuto conto del reddito conseguito dai figli minorenni.

b) reddito di
figli mino-
renni

³ Se la famiglia o la persona sola dispone di una sostanza netta superiore rispettivamente a 10.000 e a 6.000 franchi, il reddito determinante è computato aggiungendo ai proventi netti una somma pari al quindicesimo della sostanza eccedente tali massimi.

c) sostanza com-
putabile

Art. 5

¹ Sono escluse dall'assicurazione obbligatoria le persone che al momento in cui dovrebbero essere assicurate :

Esclusione dalla
assicurazione ob-
bligatoria e ri-
serve

- a) sono ricoverate in un asilo, in un ospedale o in uno stabilimento di cura a carico della pubblica assistenza;
- b) hanno compiuto i 65 anni;
- c) vivono in comunione domestica con parenti consanguinei in linea ascendente se il reddito complessivo della comunione domestica, dedotti gli eventuali redditi di membri minorenni, supera 12.000,— franchi annui.

² L'assicurazione obbligatoria è soggetta a riserva per le persone trasferitesi nel Cantone per ragioni di malattia e di cura, limitatamente alle malattie riscontrate e per tutto il loro perdurare.

³ Le riserve e le esclusioni, in riferimento all'età e allo stato di salute, non sono applicabili alle persone già assicurate precedentemente in un altro Cantone e in possesso del certificato ufficiale di libero passaggio.

Art. 6

Obbligo assicurativo
a) inizio

L'obbligo assicurativo comincia :

- a) il giorno stesso in cui sono soddisfatte le condizioni previste nell'art. 1 o cessano le cause d'esclusione previste nell'art. 5;
- b) con la nascita, per i figli delle famiglie assicurate;
- c) il primo giorno dell'occupazione nel Cantone per la mano d'opera straniera.

Art. 7

b) adempimento

¹ L'obbligo assicurativo può essere adempiuto :

- a) presso una Cassa malati pubblica, oppure
- b) presso una Cassa malati privata riconosciuta, che dia almeno le stesse prestazioni previste dal presente titolo.

² Il capo famiglia rispettivamente il detentore della patria potestà devono provvedere all'assicurazione dei familiari minorenni.

Art. 8

c) fine

L'obbligo assicurativo cessa :

- a) il giorno in cui l'assicurato trasferisce il domicilio civile o, se si tratta di mano d'opera straniera, la dimora fuori del Cantone;
- b) il 31 dicembre dell'anno in cui la famiglia o la persona sola non adempie più le condizioni di reddito previste all'art. 1;
- c) il giorno in cui l'assicurato è da oltre 12 mesi consecutivi ricoverato in un asilo, in un ospedale o in uno stabilimento di cura a carico dell'assistenza pubblica.

Capo II.

PRESTAZIONI

1. Diritto alle prestazioni in generale

Art. 9

Decorrenza delle prestazioni

¹ Il diritto alle prestazioni decorre dall'inizio dell'obbligo assicurativo in conformità dell'art. 6.

² Esso cessa con la fine dell'obbligo assicurativo in conformità dell'art. 8.

Art. 10

Infortuni

¹ Le prestazioni dell'assicurazione sono concesse interamente in caso d'infortunio non assicurato e soltanto a titolo sussidiario e integrativo se assicurato contemporaneamente presso altri enti assicurativi pubblici o privati, che non fanno dipendere dagli obblighi della presente assicurazione le loro prestazioni.

² Le prestazioni sono limitate ai primi quindici giorni di cura ed ai soli piccoli interventi, senza obblighi ospedalieri o d'indagini radiologiche, in caso d'infortuni dovuti ad atti temerari oppure ad attività presentanti particolari rischi in confronto con i rischi generali, cui è soggetto l'assicurato.

³ Il regolamento specificherà queste attività e la natura degli interventi ammessi.

Art. 11

¹ L'assicurato iscritto in una Cassa malati pubblica ha libera scelta del medico curante tra quelli che esercitano nel luogo di sua dimora o nei dintorni e che si sono impegnati, in caso di convenzione, di attenersi alla tariffa e alle norme convenute, approvate dal Consiglio di Stato. Nel fissare l'estensione dei dintorni, si terrà conto delle condizioni locali.

Libera scelta
del medico

² Per dimora s'intende il luogo dove l'assicurato risiede, indipendentemente dal suo domicilio legale, oppure quello in cui viene a trovarsi casualmente nel momento in cui cade malato.

³ A parità di condizioni la facoltà di scelta del medico è consentita oltre i limiti territoriali prescritti :

- a) in caso di necessità, quando si tratta di specialisti non praticanti nella zona;
- b) per disposizione facoltativa delle Casse, quando si tratta di semplici consultazioni nello studio del medico.

⁴ Assume di fatto l'obbligo di attenersi alle convenzioni il medico che accetta pazienti in qualità di assicurati e che redige attestati o conti su fogli intestati alle Casse.

⁵ E' riservato l'art. 16, secondo capoverso, della legge federale sull'assicurazione malattie, inerente alle regioni di montagna.

⁶ Il diritto alla libera scelta del medico cessa quando l'assicurato è ricoverato in un ospedale o in uno stabilimento di cura.

Art. 12

L'assicurato iscritto in una Cassa malati pubblica può scegliere, in caso d'ospedalizzazione prescritta dal medico :

Libera scelta
dello stabilimento di cura

- a) l'ospedale o lo stabilimento di cura tra quelli che hanno sede nel Cantone che soddisfano le norme degli art. 59 e ss. della legge sanitaria cantonale del 18 novembre 1954 e si sono impegnati, in caso di convenzione, di attenersi alle condizioni convenute, approvate dal Consiglio di Stato;
- b) eccezionalmente, per ragioni gravi e a parità di oneri, qualunque ospedale o stabilimento di cura espressamente concesso dalla Cassa.

Art. 13

¹ L'assicurato iscritto in una Cassa malati pubblica ha libera scelta della farmacia tra quelle che si trovano nel luogo di sua dimora o nei dintorni e che si sono impegnate, in caso di convenzione, di attenersi alle tariffe convenute, approvate dal Consiglio di Stato.

Libera scelta
della farmacia

² A parità di condizioni, la facoltà di scelta della farmacia è consentita oltre i limiti territoriali prescritti :

- a) quando si tratta di farmacie site nel luogo di lavoro dell'assicurato;
- b) quando si tratta di farmacie site nel luogo del medico consultato, giusta i diritti sanciti all'art. 11.

³ E' riservato l'art. 16, secondo capoverso, della legge federale sull'assicurazione malattie, inerenti alle regioni di montagna.

‘E’ proibita l’incetta di ricette a favore di una determinata farmacia.

Art. 14

Assicurati
inademplenti

¹ L’assicurato in mora con il pagamento delle quote o del contributo di partecipazione alle spese non perde il diritto alle prestazioni.

² Nei suoi confronti, la Cassa può tuttavia, previa diffida scritta :

- a) subordinare ogni singola prestazione all’acquisto di speciali buoni d’importo non superiore al quarto della spesa prevedibile, per il medico e per il farmacista;
- b) limitare le prestazioni ai minimi prescritti dalla legge federale, sia per qualità, sia per durata;
- c) imporre un medico fisso;
- d) compensare le quote e il contributo di partecipazione alle spese scaduti con il contributo giornaliero di ospedalizzazione.

2. Cura medica, assistenza ostetrica, medicinali e terapie diverse

Art. 15

Prestazioni

L’assicurato ha diritto :

- a) alle cure mediche e agli interventi di chirurgia, secondo la prassi federale, con tutti i mezzi diagnostici occorrenti;
- b) all’assistenza ostetrica da parte del medico o della levatrice oppure di tutt’e due in caso di parti anormali o di circostanze speciali;
- c) ai medicinali prescritti dal medico secondo l’elenco ufficiale riconosciuto, compresi quelli inclusi nella lista facoltativa delle specialità emanate ad uso delle Casse. Specialità analoghe, fuori lista, possono essere concesse solo nell’uso ospedaliero;
- d) alla Röntgen-e radioterapia e a ogni altro sussidio terapeutico, nei limiti previsti dal regolamento di applicazione;
- e) agli apparecchi ortopedici prescritti dal medico, limitatamente a quelli specificati nel regolamento d’applicazione e che non entrano negli obblighi dell’assicurazione federale invalidità.

Art. 16

Durata delle
prestazioni

¹ Le prestazioni, di cui all’art. 15, lettera a) e c), sono concesse per una durata illimitata, se fatte ambulatoriamente o al domicilio dell’assicurato.

² In caso d’ospedalizzazione prescritta dal medico, le medesime prestazioni sono concesse per una degenza di 360 giorni per un periodo di 540 giorni consecutivi. I diritti non si esauriscono se nello stesso tempo l’ammalato non ha fruito di una degenza di 270 giorni nel periodo di 360 giorni consecutivi. Il diritto alle prestazioni riprende per altri 180 giorni in 270 giorni consecutivi dopo un periodo di sospensione di 365 giorni.

Art. 17

Il foglio di malattia, che l'assicurato deve esibire al medico e al farmacista per le loro annotazioni deve essere di formato unico per tutte le Casse pubbliche e trovarsi a facile disposizione.

Foglio di
malattia

Art. 18

¹ Se l'assicurato si ammala in un altro Cantone, la Cassa si assume le spese di cura in conformità della presente legge e nei limiti della tariffa medica del Cantone in cui avviene la cura.

Limitazione delle
prestazioni per
cura fuori Can-
tone

² Per la cura degli assicurati caduti malati all'estero, in occasione di un soggiorno temporaneo, la Cassa corrisponde una somma pari a quella che sarebbe stata di sua pertinenza se l'assicurato fosse caduto malato nel luogo di sua dimora abituale nel Cantone.

3. Contributo giornaliero d'ospedalizzazione

Art. 19

¹ In caso d'ospedalizzazione prescritta dal medico l'assicurato ha diritto per 360 giorni in un periodo di 540 giorni consecutivi a una indennità giornaliera a titolo di contributo per le spese di pensione.

Durata

² Il contributo giornaliero d'ospedalizzazione ammonta a :

Importo

- a) 2 franchi per i fanciulli fino al 31 dicembre dell'anno in cui compiono i 14 anni;
- b) 3 franchi per gli altri assicurati.

³ I contributi previsti al cpv. 2 sono aumentati di 1 franco dopo 90 giorni di degenza ospedaliera ininterrotta.

⁴ Il contributo giornaliero d'ospedalizzazione non è versato in caso di tubercolosi.

Eccezione

4. Indennità di parto e premio d'allattamento

Art. 20

La puerpera ha diritto a un'indennità di parto di 40 franchi nonchè a un premio d'allattamento di 20 franchi, se allatta il bambino per almeno 10 settimane.

Importo

5. Tubercolosi

Art. 21

In caso di tubercolosi l'assicurato ha diritto, a titolo di assicurazione per la cura medica e i medicamenti, alle prestazioni minime, per genere e durata, previste dalla legislazione federale sull'assicurazione contro la tubercolosi.

Prestazioni

6. Poliomielite

Art. 22

In caso di poliomielite anteriore acuta vera e propria e di forme affini per paralisi, quadro clinico e conseguenze, qualun-

Prestazioni

que ne sia l'origine, l'assicurato ha diritto, oltre alle prestazioni previste agli art. 15 e 19, a quelle cure suppletive che non entrano negli obblighi dell'assicurazione federale per l'invalidità, fino ad un importo massimo di 5000 franchi secondo le norme stabilite dal regolamento di applicazione.

7. Trasporto all'ospedale

Art. 23

- Norma ¹ In caso d'ospedalizzazione, l'uso dei consueti mezzi di trasporto pubblici è a carico dell'assicurato.
- Eccezione ² Quando il genere di malattia o la speciale urgenza non consentono questo uso, l'assicurato ha diritto al trasporto straordinario e diretto a spese della Cassa, fino all'ospedale idoneo più vicino, secondo le norme e le cautele sancite dal regolamento d'applicazione.

Capo III

FINANZIAMENTO

Art. 24

- In generale Alle prestazioni assicurative e alle spese d'amministrazione delle Casse malati pubbliche si provvede con :
- a) i sussidi federali;
 - b) le quote degli assicurati;
 - c) i contributi di partecipazione alle spese degli assicurati;
 - d) le tasse per i fogli di malattia;
 - e) le donazioni e i legati.

Art. 25

- Quote degli assicurati: misura Le quote degli assicurati, incluse quelle per le riassicurazioni, devono essere commisurate al fabbisogno dell'esercizio e permettere la costituzione della riserva legale.

Art. 26

- Partecipazione alle spese
a) norma ¹ L'assicurato deve partecipare nella misura del 25 per cento a tutte le spese inerenti alle prestazioni ricevute in conformità del presente titolo, escluse quelle previste negli articoli dal 19 al 22.
- b) riscossione ² Il contributo di partecipazione dev'essere riscosso direttamente dalle Casse malati a prestazioni date e a conti debitamente verificati.
- c) anticipi ³ Le Casse non possono esigere anticipi, neppure sotto forma di buoni di cura, sulle somme dovute dall'assicurato. E' riservato l'art. 14.

Art. 27

- Tasse per i fogli di malattia Per il rilascio e il rinnovo dei fogli di malattia dev'essere prelevata la tassa stabilita dal regolamento in conformità delle istruzioni federali.

Art. 28

¹ Le Casse malati pubbliche devono costituire un fondo di riserva pari all'importo delle spese annue.

Riserva:
a) obbligo della costituzione
b) modalità

² Il Consiglio di Stato, sentita la competente Autorità federale, stabilisce le modalità per la costituzione della riserva.

³ Il fondo di riserva disponibile dev'essere collocato presso la Banca dello Stato ad interesse o investito in titoli pupillari.

c) collocamento

⁴ Se il Comune o i Comuni consorziati si assumono l'impegno di coprire totalmente il disavanzo annuale, il Consiglio di Stato, d'intesa con l'Autorità federale competente, può esonerare la Cassa malati pubblica dall'obbligo di costituire la riserva. Tale esonero non viene concesso alle Casse malati comunali o consorziali, se il Comune o uno dei Comuni consorziati partecipa alla compensazione intercomunale diretta.

d) eccezione

Art. 29

Disavanzi d'esercizio che non possono essere pareggiati senza ridurre il fondo di riserva devono essere coperti :

Disavanzi
d'esercizio

a) per le Casse malati comunali o consorziali, nella misura del 50 % dal Comune o dai Comuni consorziati e del 50 % dal Cantone;

b) per la Cassa cantonale per l'assicurazione obbligatoria, nella misura del 50 % dal Cantone e del 50 % dai Comuni i cui cittadini sono assicurati presso detta Cassa.

Capo IV

CONTRIBUTO DEL CANTONE E DEI COMUNI

Art. 30

¹ Il Cantone e i Comuni partecipano al pagamento delle quote a carico degli assicurati, iscritti in una Cassa malati pubblica, nella seguente misura :

1. Per il pagamento delle quote
a) degli assicurati presso le Casse pubbliche

— per le famiglie :

a) in ragione di due terzi per redditi non superiori a 3000 franchi;

b) in ragione della metà per redditi tra i 3001 e i 6000 franchi;

c) in ragione di un terzo per redditi superiori ai 6000 franchi.

— per le persone sole :

a) in ragione della metà per redditi non superiori ai 3500 franchi;

b) in ragione di un terzo per redditi superiori ai 3500 franchi.

² Per le famiglie numerose, il Cantone e i Comuni si assumono inoltre :

a) il 50 % della quota residua per il quarto figlio;

b) il 75 % della quota residua per il quinto figlio;

c) il 100 % della quota residua per gli altri figli.

Art. 31

b) degli assicurati presso le Casse private

¹ I contributi cantonali e comunali previsti all'art. 30 sono concessi agli assicurati iscritti in una Cassa malati privata riconosciuta in misura pari a quelli dati agli assicurati iscritti in una Cassa malati pubblica, domiciliati nel medesimo Comune.

² I contributi vanno a deduzione della quota del singolo assicurato per il quale sono stati concessi.

³ Le Casse malati private riconosciute che ricevono i sussidi cantonali e comunali devono sottostare alle misure di controllo ordinate dal Consiglio di Stato.

Art. 32

2. Per il pagamento del quarto moderatore

Se la partecipazione alle spese dell'assicurazione supera, per un assicurato iscritto in una Cassa malati pubblica, in un periodo di 12 mesi consecutivi, una somma equivalente a un ventesimo del reddito, se trattasi di famiglie, e di un decimo se trattasi di persone sole, il Cantone e i Comuni si assumono il pagamento :

- a) del 75 % dell'eccedenza inferiore ai 500 franchi;
- b) del 100 % dell'eccedenza superiore ai 500 franchi.

Art. 33

3. Per la cura ostetrica

Il Cantone e i Comuni si assumono il quarto di partecipazione dell'assicurato alle spese :

- a) per due esami particolareggiati medici nel corso dei tre ultimi mesi di gravidanza;
- b) per l'assistenza del medico o della levatrice al parto, oppure di tutt'e due in caso di parti anormali o di circostanze speciali.

Art. 34

Ripartizione degli oneri tra il Cantone e il Comune

L'onere dei contributi previsti negli articoli dal 30 al 33 è ripartito nella seguente misura :

- a) 50 per cento a carico del Cantone;
- b) 50 per cento a carico del Comune in cui l'assicurato ha il suo domicilio o, se si tratta della mano d'opera straniera, la sua dimora.

Capo V

CONTRIBUTI SPECIALI DELL'ASSISTENZA PUBBLICA E DEI COMUNI

Art. 35

Pagamento delle quote a) degli indigenti

¹ Le quote dovute, dopo la deduzione dei contributi cantonali e comunali previsti all'art. 30, dalle famiglie e dalle persone sole nell'indigenza iscritte in una Cassa malati pubblica sono a carico, riservato il diritto di ricupero :

- a) per il 75 per cento del Servizio cantonale della pubblica assistenza;
- b) per il 25 per cento del Comune di domicilio.

² Per gli assistiti permanenti, il pagamento di tali quote è assunto interamente dal Servizio cantonale della pubblica assistenza, riservato il diritto di ricupero.

b) degli assistiti permanenti

Art. 36

¹ Il contributo di partecipazione alle spese dovute, dopo la deduzione dei contributi cantonali e comunali previsti all'art. 32, dalle famiglie e dalle persone sole nella indigenza, iscritte in una Cassa malati pubblica, è a carico, riservato il diritto di ricupero :

Pagamento del contributo di partecipazione alle spese
a) degli indigenti

a) per il 75 per cento del Servizio cantonale della pubblica assistenza;

b) per il 25 per cento del Comune in cui l'assistito ha il suo domicilio o, se si tratta di mano d'opera straniera, la sua dimora.

² Per gli assistiti permanenti il pagamento di tale contributo è assunto interamente dal Servizio cantonale della pubblica assistenza, riservato il diritto di ricupero.

b) degli assistiti permanenti

Art. 37

Le spese per la cura medica e i medicinali degli assicurati assistiti in modo permanente che vivono in un ricovero o in uno stabilimento di cura sono assunte, dopo un periodo di 365 giorni di prestazioni a carico dell'assicurazione, interamente dal Servizio cantonale della pubblica assistenza.

Alleggerimento degli oneri dell'assicurazione per gli assistiti permanenti ricoverati

Art. 38

I Comuni che non partecipano alla compensazione intercomunale diretta possono prevedere contributi supplementari per il pagamento delle quote e del contributo di partecipazione alle spese.

Contributi supplementari dei Comuni

Capo VI

CASSE MALATI PUBBLICHE

Art. 39

¹ Per l'attuazione dell'assicurazione in conformità del presente titolo è istituita la « Cassa cantonale per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie ».

Cassa malati cantonale

² Ai Comuni è data facoltà di istituire separatamente o riuniti in liberi consorzi una propria Cassa malati pubblica.

Casse malati comunali e consorziali

Capo VII

CASSA MALATI CANTONALE

Art. 40

La Cassa cantonale per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie è un ente autonomo di diritto pubblico con sede a Bellinzona.

Natura giuridica e sede

Art. 41

Amministrazione

¹ L'amministrazione della Cassa cantonale per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie può essere affidata, previo accordo tra Cantone e Confederazione, alla Cassa cantonale di compensazione per l'assicurazione vecchiaia e superstiti.

² Le competenze, l'organizzazione e il funzionamento della Cassa saranno disciplinati dal regolamento d'applicazione.

Art. 42

Membri

Con riserva dell'art. 7, cpv. 1, lett. b), sono iscritti nella Cassa cantonale :

- a) le persone sottoposte all'obbligo assicurativo, domiciliate in Comuni che non hanno, o cessano di avere, una propria Cassa malati pubblica comunale o consorziale;
- b) la mano d'opera straniera sottoposta all'obbligo assicurativo, indipendentemente dal Comune in cui ha la dimora.

Art. 43

Commissione di vigilanza

¹ Il Consiglio di Stato nomina una Commissione di vigilanza composta di un Consigliere di Stato con la funzione di presidente, di due rappresentanti dei Comuni e di due rappresentanti degli assicurati.

² L'organizzazione e il funzionamento della Commissione di vigilanza sono disciplinati da un'ordinanza del Consiglio di Stato.

Capo VIII

CASSE MALATI PUBBLICHE COMUNALI E CONSORZIALI

Art. 44

Istituzione e scioglimento

¹ Le Casse malati pubbliche comunali e consorziali sono istituite per decisione delle Assemblee o dei Consigli comunali e sciolte per decisione dei medesimi organi o del Consiglio di Stato nei casi previsti all'art. 52.

² Esse sono enti autonomi di diritto pubblico.

Art. 45

Membri
a) iscrizione
d'ufficio

¹ Con riserva dell'art. 7, cpv. 1, lett. b), sono iscritte d'ufficio nelle Casse malati pubbliche comunali o consorziali le persone sottoposte all'obbligo assicurativo, domiciliate nel Comune, rispettivamente nei Comuni consorziati.

b) esclusione
d'ufficio

² Cessano di appartenere alla Cassa malati pubblica comunale o consorziale :

- a) le persone che hanno trasferito il domicilio fuori del territorio comunale o consorziale;
- b) le persone sole o le famiglie che non sono più sottoposte all'obbligo assicurativo in conformità dell'art. 8.

Art. 46

Statuti

¹ L'adozione e le modificazioni degli statuti competono :

- a) all'Assemblea comunale rispettivamente al Consiglio comunale per le Casse comunali; a) adozione e modificazioni
- b) al Consiglio consorziale per le Casse formate di più Comuni. b) contenuto
- ² Le norme statutarie devono essere conformi alle disposizioni della presente legge e di quella federale. Esse non possono estendere l'obbligo assicurativo e le prestazioni oltre i limiti previsti dal presente titolo.

Art. 47

¹ I membri del Consiglio consorziale sono nominati dalle Assemblee comunali rispettivamente dai Consigli comunali in ragione di due per ogni Comune. Consiglio consorziale
a) nomina

² Le attribuzioni del Consiglio consorziale non contemplate nel presente titolo sono stabilite dal regolamento di applicazione e dagli statuti. b) attribuzioni

Art. 48

Il Municipio o il Consiglio consorziale devono chiedere il riconoscimento della Cassa malati pubblica al Consiglio federale, tramite il Consiglio di Stato, allegando gli statuti. Riconoscimento della Cassa pubblica

Art. 49

¹ L'amministrazione delle Casse malati pubbliche è assunta :

- a) dal Municipio o da una Commissione da esso nominata, per le Casse comunali; Gestione della Cassa pubblica
a) organi
- b) da una Commissione amministrativa nominata dal Consiglio consorziale, per le Casse consorziali.

² La gestione delle Casse pubbliche dev'essere sottoposta annualmente all'approvazione dell'Assemblea rispettivamente del Consiglio comunale o del Consiglio consorziale. b) esame e approvazione

³ Le competenze degli organi amministrativi sono stabilite dal regolamento d'applicazione e dagli statuti. c) competenze

Art. 50

¹ Il cassiere e il segretario delle Casse pubbliche sono nominati dall'organo amministrativo previsto nell'art. 49.

Cassiere e segretario della Cassa pubblica

² La mancata riconferma o la destituzione del cassiere o del segretario sono soggette all'approvazione del Dipartimento competente.

³ Contro le decisioni del Dipartimento è dato diritto di ricorso al Consiglio di Stato entro 15 giorni.

Art. 51

¹ Le Casse malati comunali o consorziali devono avere una Commissione di controllo che svolga i compiti previsti dalla legislazione federale.

Controllo:
a) commissione

² Le Commissioni di controllo sono composte di 3 o 5 membri nominati ogni anno dall'Assemblea comunale, per le Casse comunali, e dal Consiglio consorziale per le Casse consorziali. Nei Comuni con Consiglio comunale può fungere da Commissione di controllo la Commissione della gestione. b) nomina

Art. 52

Scioglimento per
decisione del
Consiglio di
Stato

Il Consiglio di Stato, sentita l'Autorità federale competente, può dichiarare lo scioglimento di una Cassa malati comunale o consorziale in caso di :

- a) passività croniche di bilanci;
- b) insufficienze amministrative;
- c) violazione dei diritti degli assicurati.

Capo IX

CONVENZIONI

Art. 53

Tariffe
cantionali

¹ Le tariffe applicabili ai servizi sanitari sono quelle cantonali ad uso delle Casse malati. La loro applicazione sarà conforme alla legge ed alla prassi federale quando le convenzioni non intervengono a regolarne l'uso.

Convenzioni
cantionali

² Le convenzioni, da stipularsi su base cantonale dai rappresentanti delle Casse pubbliche con l'Ordine dei medici e dei farmacisti, con gli ospedali e gli stabilimenti di cura, nonché con l'Associazione cantonale delle levatrici, si proporranno di assicurare un servizio sanitario continuo ed efficiente, con norme, tasse e condizioni uniformi per tutto il Cantone.

Convenzioni
locali

³ Le Casse di montagna, che assegnano un'indennità annuale fissa per il servizio medico, possono stipulare convenzioni mediche separate. Quando il territorio della Cassa è misto, questa facoltà è limitata a quella parte di territorio che è compresa nella zona di montagna.

Approvazione

⁴ Le convenzioni devono essere approvate dal Consiglio di Stato. L'atto di approvazione delle convenzioni con i medici e i farmacisti è pubblicato sul Foglio ufficiale del Cantone per gli eventuali ricorsi al Consiglio federale.

Capo X

ESAZIONE E PAGAMENTI

Art. 54

Diffida di
pagamento

¹ I membri delle Casse pubbliche in mora con il pagamento delle quote o dei contributi di partecipazione alle spese devono essere diffidati per iscritto ad adempiere i loro obblighi al più tardi entro sei mesi dall'esigibilità del credito.

Esecuzione

² Scaduto infruttuosamente il termine assegnato con la diffida, l'ammontare dovuto dev'essere incassato in via esecutiva.

Titolo di
credito

³ Le bollette sono parificate alle sentenze esecutive nel senso dell'art. 80 della legge federale sull'esecuzione e sul fallimento.

Art. 55

Obblighi e re-
sponsabilità del
datore di lavoro

¹ Le quote personali o familiari dovute dai salariati, assicurati presso una Cassa malati pubblica devono, su richiesta della Cassa, essere incassate a cura del datore di lavoro, purchè corrispondano al medesimo periodo di paga o al periodo immediatamente successivo.

² Il datore di lavoro che vien meno ai suoi obblighi, è responsabile degli eventuali danni subiti dalla Cassa.

Art. 56

Le Casse devono regolare direttamente anche in mancanza di convenzione le note dei medici, dei farmacisti e delle levatrici, compreso il quarto spettante all'assicurato, nonché quella parte di conti ospedalieri che si riferisce a prestazioni mediche e farmaceutiche. Pagamenti

Titolo II.

ASSICURAZIONE FACOLTATIVA CONTRO LE MALATTIE

Capo I

CASSA MALATI CANTONALE

Art. 57

¹ E' istituita, con sede a Bellinzona, la « Cassa cantonale per l'assicurazione facoltativa contro le malattie »; essa è un ente autonomo di diritto pubblico. Istituzione e organizzazione

² Per l'amministrazione, la vigilanza, l'esazione e i pagamenti sono applicabili per analogia le disposizioni degli articoli 41 e 43 e dal 54 al 56 del titolo I della presente legge.

Art. 58

¹ Possono iscriversi alla Cassa cantonale per l'assicurazione facoltativa, salvo le eccezioni e le riserve previste, le persone che hanno il loro domicilio civile nel Cantone e che non sono obbligatoriamente assicurate in conformità del titolo I della presente legge. Membri e decorrenze delle prestazioni

² Il diritto alle prestazioni decorre tre mesi dopo l'avvenuta iscrizione, oppure dal giorno dell'iscrizione se trattasi di libero passaggio.

Art. 59

¹ Le persone, che all'entrata in vigore della presente legge, o successivamente, cessano di essere obbligatoriamente assicurate in conformità del titolo I, possono iscriversi alla Cassa qualunque sia la loro età e il loro stato di salute, purchè provengano da una Cassa pubblica e l'adesione avvenga entro il termine di tre mesi dal giorno in cui cessa l'obbligo assicurativo. Iscrizione:
a) incondizionata

² Salvo i diritti di libero passaggio, l'iscrizione alla Cassa è preclusa : b) preclusa

a) a coloro che hanno compiuto i 65 anni;

b) alle persone che per il loro particolare stato di salute, specie se aggravato dall'età, non possono essere ammesse con semplice riserva, in base ad indagini ed a visita medica d'ufficio.

³ L'ammissione alla Cassa è soggetta a riserva quando dalle dichiarazioni scritte dal candidato sul questionario d'inchiesta, c) con riserve

oppure da visita medica comandata d'ufficio, risulti che l'assicurando è affetto da malattie atte a determinare un notevole aumento dei rischi dell'assicurazione.

La riserva è a termine, limitata alle singole malattie e può essere tolta in base a un nuovo accertamento.

Art. 60

Perdita della
qualità di
membro

Cessano di appartenere alla Cassa cantonale :

- a) le persone che hanno trasferito il domicilio civile fuori Cantone;
- b) gli assicurati che si trovano in mora con il pagamento delle quote e del contributo di partecipazione alle spese e che non vi ottemperano, previa diffida, entro il termine stabilito dal regolamento d'applicazione;
- c) le persone sole e le famiglie che cadono sotto l'obbligo assicurativo in conformità del titolo I della presente legge.

Capo II

PRESTAZIONI

Art. 61

Applicazione
delle disposizioni
del titolo I.

Per le prestazioni sono applicabili per analogia le disposizioni degli articoli dal 10 al 13 e dal 15 al 23 del titolo I della presente legge.

Capo III

FINANZIAMENTO

Art. 62

Applicazione
delle disposizioni
del titolo I.

Per il finanziamento sono applicabili per analogia le disposizioni degli articoli dal 25 al 29 del titolo I della presente legge.

Capo IV

CONTRIBUTI DEL CANTONE E DEI COMUNI

Art. 63

Contributo
cantonale

¹ Il Cantone partecipa con un sussidio pro capite di 10 franchi annui al pagamento delle quote a carico degli assicurati iscritti nella Cassa cantonale.

Contributi
comunali

² I Comuni possono prevedere sussidi per il pagamento delle quote e del quarto moderatore se non partecipano alla compensazione intercomunale diretta.

Art. 64

Oneri cantonali:
finanziamento

¹ Gli oneri finanziari derivanti al Cantone per questa legge sono posti a carico del bilancio cantonale.

² Quando dovessero superare il 3 % delle entrate effettive il Gran Consiglio fissa il prelevamento di centesimi addizionali di imposta.

Capo V

CONVENZIONI

Art. 65

¹ Le tariffe applicabili ai servizi sanitari sono quelle cantonali ad uso delle Casse malati. La loro applicazione sarà conforme alla legge ed alla prassi federale quando le convenzioni non intervengono a regolarne l'uso.

Tariffe
cantonali

² Le convenzioni, da stipularsi dalla Cassa cantonale con l'Ordine dei medici e dei farmacisti, con gli ospedali e gli stabilimenti di cura, nonché con l'Associazione cantonale delle levatrici, fisseranno le norme, le tasse e le condizioni per un servizio sanitario efficiente.

Convenzioni

³ Le convenzioni devono essere approvate dal Consiglio di Stato. L'atto di approvazione delle convenzioni con i medici e con i farmacisti è pubblicato sul Foglio ufficiale del Cantone per gli eventuali ricorsi al Consiglio federale.

Approvazione

Titolo III

DISPOSIZIONI COMUNI

Art. 66

Le Casse malati pubbliche devono riassicurarsi presso l'Istituto cantonale di riassicurazione per :

Obbligo della
riassicurazione

- a) il contributo giornaliero d'ospedalizzazione (art. 19);
- b) le prestazioni in caso di tubercolosi (art. 21);
- c) le prestazioni normali e suppletive in caso di poliomielite (art. 22).

Art. 67

¹ L'Istituto cantonale di riassicurazione è una società cooperativa costituita dallo Stato del Cantone Ticino e da tutte le Casse malati pubbliche del Cantone, giuridicamente e finanziariamente indipendente, retto da uno statuto proprio, approvato dal Consiglio federale e dal Consiglio di Stato.

Istituto cantonale di riassicurazione: natura giuridica

² Il Consiglio di Stato designa i suoi rappresentanti nel Comitato.

Art. 68

L'Istituto è considerato un ente assicurativo contro la tubercolosi, riconosciuto dalla Confederazione, secondo le disposizioni federali sull'assicurazione contro la tubercolosi.

Ente assicurativo
contro la tubercolosi

Art. 69

Il Cantone versa all'Istituto un sussidio del 33,5 % sulle indennità pagate annualmente per le prestazioni della riassicurazione contro la tubercolosi.

Sussidio dello
Stato

Art. 70

L'Istituto di riassicurazione rassegna, ogni anno, al Consiglio di Stato, un rapporto morale e finanziario sulla propria gestione.

Rapporto morale
e finanziario

Art. 71

Esonero dalle
imposte

L'Istituto è soggetto solo alle imposte per i beni immobili non direttamente destinati al suo servizio, a norma dell'art. 31 LAMI.

Art. 72

Diritto di libero
passaggio

¹ Chi intende far valere il diritto di libero passaggio, nei confronti di una Cassa malati pubblica, deve presentare, entro tre mesi dall'abbandono della precedente Cassa, il certificato ufficiale d'affiliazione, che dà diritto alla iscrizione immediata alla Cassa con le prestazioni inerenti.

² Un identico certificato, su modulo ufficiale, dev'essere consegnato d'ufficio dalla Cassa malati pubblica all'assicurato costretto a lasciare la Cassa per mutate condizioni.

Art. 73

Obbligo di dare
informazioni

Le Autorità amministrative e giudiziarie del Cantone e dei Comuni come pure i datori di lavoro sono tenuti a dare gratuitamente tutte le informazioni necessarie agli organi incaricati dell'applicazione della presente legge.

Art. 74

Autorità di
vigilanza

¹ Il Consiglio di Stato vigila sull'applicazione della presente legge. Esso provvede a che le disposizioni legali siano applicate in modo conforme su tutto il territorio del Cantone e a tale scopo può impartire istruzioni alle Casse malati sull'esecuzione delle disposizioni.

² E' riservato ogni diritto di sorveglianza da parte delle competenti Autorità federali in conformità dell'art. 33 della legge federale.

Art. 75

Contestazioni di
diritto pubblico

¹ Le contestazioni circa l'obbligo dell'assicurazione e della riassicurazione o la iscrizione in una determinata Cassa pubblica sono decise dal Consiglio di Stato con la procedura dell'amministrativo semplice, dispensato l'uso della carta bollata.

² Con la stessa procedura il Consiglio di Stato decide sulle contestazioni che possono sorgere nell'istituzione delle Casse malati pubbliche.

Art. 76

Contestazioni di
diritto privato

Le contestazioni di diritto privato delle Casse fra loro o con i loro membri o con terzi sono decise dal Giudice ordinario.

Art. 77

Controversie tra
Casse e medici
o farmacisti

¹ Le controversie tra Casse e medici o farmacisti sono giudicate dal Tribunale arbitrale previsto dalla legge federale, la cui composizione è regolata da speciale decreto del Consiglio di Stato.

² Le convenzioni possono prevedere una Commissione cantonale paritetica per un esperimento di conciliazione.

Art. 78

¹ Il Consiglio di Stato può sopprimere temporaneamente o definitivamente ogni sussidio cantonale alle Casse malati pubbliche o private che :

Soppressione
dei sussidi

- a) non ossequiano alle disposizioni della presente legge;
- b) forniscono informazioni o dichiarazioni inesatte circa la loro situazione, i conti, il domicilio di membri o che commettono altre gravi infrazioni.

² E' riservata l'azione penale.

Art. 79

Il giudizio nei casi previsti dall'art. 40 della legge federale spetta al giudice ordinario.

Titolo IV

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 80

L'esclusione dall'assicurazione obbligatoria per limiti di età, prevista all'art. 5, cpv. 1, lett. b), non si applica alle persone regolarmente domiciliate nel Cantone al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

Assicurazione ob-
bligatoria: inap-
plicabilità del
limite d'età

Art. 81

¹ Le Casse malati pubbliche già esistenti che intendono ottenere il riconoscimento in conformità della presente legge devono provvedere, entro il 1. gennaio 1961, ad adeguare i propri statuti alle disposizioni della presente legge.

Termine:
a) per l'adeguamento degli statuti delle Casse pubbliche già esistenti
b) per l'istituzione di nuove Casse pubbliche

² I Comuni che, con l'entrata in vigore della presente legge, intendono istituire, separatamente o riuniti in consorzio, una Cassa malati pubblica devono provvedervi entro il 1. gennaio 1961.

Art. 82

In caso di scioglimento, i beni posseduti dalle Casse malati pubbliche non potranno essere impiegati che a scopi inerenti alla assicurazione contro le malattie.

Destinazione dei
beni in caso di
scioglimento

Art. 83

Il Cantone versa all'Istituto di riassicurazione, quale fondo d'esercizio, per il primo anno, un contributo straordinario di Fr. 0,20 per ogni membro riassicurato.

Contributo stra-
ordinario dello
Stato all'Istituto
di riassicura-
zione

Art. 84

Il Consiglio di Stato è incaricato della emanazione dei regolamenti per l'applicazione della presente legge.

Regolamenti
d'applicazione

Art. 85

Sono abrogati :

- a) la legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (testo unico aggiornato al 20 aprile 1949);

Disposizioni
abrogative

- b) l'art. 20 cpv. 2 della legge 13 novembre 1934 di applicazione della legge federale del 13 giugno 1928 sulla tubercolosi;
- c) il decreto legislativo sulle condotte mediche dell'11 giugno 1918;
- d) il decreto legislativo istituyente le condotte ostetriche del 29 settembre 1920;
- e) il decreto legislativo del 16 dicembre 1957 concernente i sussidi straordinari alle Casse malati riconosciute.

Art. 86

Disposizioni
finali

La presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi. Il Consiglio di Stato fissa la data dell'entrata in vigore.
