

MESSAGGIO

del Consiglio di Stato al Gran Consiglio,
concernente il disegno di legge che modifica la legge sull'assicurazione
obbligatoria e facoltativa contro le malattie del 7 novembre 1962

(del 7 ottobre 1966)

Onorevoli signori Presidente e Consiglieri,

Ci onoriamo di presentarvi un disegno di legge che modifica la legge sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie del 7 novembre 1962.

I. CONSIDERAZIONI GENERALI

In realtà, tale legge è già stata modificata provvisoriamente con decreto esecutivo del 14 dicembre 1965, di durata limitata dal 1. gennaio al 31 dicembre 1966, per adeguarla alla nuova legge federale del 13 marzo 1964 che modifica il titolo primo della legge sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni (LAMT).

Questo Consiglio di Stato ha ritenuto di ricorrere alla revisione provvisoria (valendosi della facoltà conferitagli dal capo VI della richiamata legge federale e dal decreto del Consiglio federale del 17 novembre 1964) atteso che il nuovo sistema assicurativo cantonale era stato introdotto da meno di due anni e non era pertanto ancora possibile procedere a una revisione fondata su sufficienti e conclusive esperienze.

Il Dipartimento delle opere sociali ha istituito il 6 aprile 1966 una Commissione consultiva composta dei rappresentanti delle Casse malati pubbliche e private, dagli Ordini dei medici e dei farmacisti, delle Associazioni del personale sanitario ausiliario (levatrici, massaggiatori e infermieri), degli Ospedali pubblici e delle Cliniche private, delle Organizzazioni sindacali, della Camera di commercio, della Lega dei Comuni rurali e dei maggiori Comuni urbani del Cantone, con lo scopo:

1. di esaminare i problemi posti dall'adeguamento della legge cantonale al nuovo diritto federale;
2. di proporre eventuali altre modifiche legislative, suggerite dall'esperienza.

La Commissione consultiva ha tenuto due sedute e ha formulato parecchie raccomandazioni che sono state sostanzialmente accolte nell'annesso disegno di legge.

Riteniamo doveroso di esprimere ai membri della Commissione il ringraziamento per la valida collaborazione da essi prestata.

Per quanto concerne le modificazioni in relazione al nuovo diritto federale, la Commissione ha aderito alle proposte dell'Autorità cantonale: l'unico punto che non ha incontrato l'unanime consenso dei commissari è stato quello relativo al prelevamento della « franchigia » e della partecipazione alle spese di cura.

Nel decreto esecutivo del 14 dicembre 1965, questo Consiglio di Stato aveva introdotto la franchigia obbligatoria, in conformità del diritto federale, per i seguenti motivi:

1. I casi « bagatella » che, a rigore, non dovrebbero rientrare nell'ambito dell'assicurazione, la cui finalità è quella di proteggere gli assicurati dalle gravi conseguenze finanziarie che derivano da vere e proprie malattie, incidono tuttavia, in misura notevole sui costi dell'assicurazione, per il loro numero estremamente elevato che tende altresì ad aumentare; la franchigia dovrebbe adempiere ad una funzione moderatrice, chiamando l'assicurato a sopportare personalmente in tutto o in larga misura le spese mediche e farmaceutiche nei casi di scarso rilievo che appaiono, anche dal profilo sociale, non meritevoli di una particolare protezione;
2. la rinuncia alla franchigia implica un aumento delle quote assicurative per colmare il mancato introito: dato il sistema di sussidiamento previsto dalla legge cantonale, il Cantone e i Comuni dovrebbero partecipare al finanziamento della quota supplementare con un importo di circa un milione di franchi all'anno, che potrebbe eventualmente essere destinato a scopi più convenienti;
3. la franchigia può essere prelevata soltanto per le cure in ambulatorio o al domicilio e limitatamente agli assicurati maggiorenni. Non è quindi applicabile né per le cure ospedaliere né per gli assicurati minorenni.

Dopo approfondita discussione, la larghissima maggioranza della Commissione ha aderito alla proposta di inserire nella legge cantonale l'obbligo di riscuotere una franchigia di 15 franchi e una partecipazione alle spese di cura del 10 %.

Per contro si è rinunciato, per motivi di ordine amministrativo, a graduare la franchigia secondo le classi di reddito, come sarebbe stato consentito dal diritto federale.

Secondo le istruzioni obbligatorie dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, le Casse malati non possono ottenere la dispensa federale dall'obbligo di riscuotere la franchigia e la partecipazione alle spese di cura se il Cantone le ha dichiarate obbligatorie mediante atto legislativo.

Tale obbligo può essere imposto sia per le assicurazioni individuali sia per quelle collettive. Abbiamo tuttavia ritenuto di limitarne l'obbligatorietà alle assicurazioni individuali e di non estenderla alle assicurazioni collettive, aderendo alle raccomandazioni della Commissione consultiva: è stato infatti giustamente sottolineato che l'incasso della partecipazione alle spese e della franchigia, risulterebbe assai problematico, in particolare per la mano d'opera straniera la quale abbandona, spesso improvvisamente e in modo definitivo, il Cantone.

Per questo motivo molte Casse malati hanno rinunciato da parecchi anni, nelle assicurazioni collettive, alla riscossione di tali partecipazioni: questa prassi merita, a nostro giudizio, di essere codificata, anche per non infirmare un diritto ormai acquisito dagli assicurati.

E' chiaro, in ogni modo, che questa soluzione per le assicurazioni collettive (che sarà applicata tanto alla mano d'opera svizzera quanto a quella straniera) non deve ripercuotersi sui contributi degli enti pubblici. Abbiamo perciò inserito nel disegno di legge una norma che esclude dal sussidiamento la parte di premio destinata al finanziamento degli oneri supplementari, derivanti dall'abolizione della franchigia e delle altre partecipazioni alle spese.

Trattando delle altre modificazioni de lege ferenda, in base alle esperienze acquisite nel Cantone dopo il 1. gennaio 1964, la Commissione consultiva ha preso atto, avantutto, che nessuna mozione è stata finora presentata in Gran Consiglio per una revisione della legge medesima. L'art. 1 che fissa i limiti di reddito per l'assicurazione obbligatoria è stato oggetto di ampia disamina. A tale riguardo osserviamo quanto segue:

1. **Gli attuali limiti di reddito di Fr. 10.000,— per le persone sole e di Fr. 13.000,— per le famiglie sono stati fissati nel 1962 ;**
2. **Per motivi d'ordine pratico, relativi alle tassazioni fiscali cresciute in giudicato, e per conferire una base uniforme a tutte le Casse malati pubbliche e private convenzionate nel periodo d'introduzione del nuovo sistema assicurativo, l'Autorità cantonale ha dichiarato applicabili per gli esercizi 1964, 1965 e 1966 le tassazioni del biennio 1961/1962.**
In base a tali tassazioni, sono stati sottoposti all'obbligo assicurativo circa 182.000 assicurati, pari all'89 % della popolazione domiciliata e dimorante.
3. **Per il 1967 si potrà ricorrere alle tassazioni 1963/64. E' indubbio che i salari e i redditi hanno subito, rispetto al periodo di computo delle tassazioni finora applicate, una notevole evoluzione. Tuttavia un'analisi della statistica tributaria allestita dagli organi fiscali per il biennio 1963/64 ha consentito di rilevare che il numero delle persone sottoposte all'obbligo assicurativo rimarrebbe pressochè invariato, adottando il reddito imponibile secondo la legge tributaria invece del reddito determinante in conformità dell'art. 4, cpv. 3, della vigente legge sulla assicurazione contro le malattie.**

In altri termini, applicando tutte le deduzioni previste dal fisco, si compensa l'evoluzione generale dei salari e dei redditi e si evita di escludere dall'obbligo assicurativo quelle persone, la cui condizione sociale non ha subito una modifica così sostanziale da giustificare il passaggio all'assicurazione facoltativa.

Di fronte a queste risultanze, appare superfluo procedere ad un aumento degli attuali limiti di reddito. Per contro, per i motivi anzidetti, vi proponiamo una nuova redazione dell'art. 4 che, tenendo conto della revisione della legge tributaria, stabilisce una più adeguata procedura per l'accertamento del reddito determinante.

Nel settore dei contributi dello Stato e dei Comuni una sola osservazione di fondo è stata presentata : alcune Casse pubbliche hanno manifestato l'opinione che la parità di trattamento tra gli assicurati iscritti a Casse pubbliche e quelli affiliati a Casse private non terrebbe equamente conto dei maggiori rischi che le Casse comunali e consorziali sono di fatto chiamate a sopportare.

A nostro giudizio, questa critica parrebbe avere un certo fondamento ; tuttavia mancano per intanto sufficienti elementi atti a suffragarla. In queste condizioni e considerata la volontà chiaramente manifestata a suo tempo dal Gran Consiglio di assegnare uguali contributi alle Casse pubbliche e private, ci sembra assolutamente prematuro scostarsi oggi dai principi inseriti nella legge.

Dal profilo amministrativo, l'applicazione degli art. 44 e seguenti non ha sollevato particolari difficoltà. Devesi comunque osservare che per gli anni 1964, 1965 e 1966 le Casse pubbliche e private hanno concordato, con l'approvazione dell'Autorità cantonale, quote uniformi per tutti gli assicurati : questo accordo ha ovviamente facilitato sia il calcolo della quota a carico degli assicurati sia la presentazione delle distinte per l'ottenimento dei contributi cantonali e comunali.

A contare dal 1. gennaio 1967, per la diversa strutturazione dei rischi assicurati e per la diversa capacità finanziaria delle singole casse potrebbero venire a mancare le premesse per un analogo accordo.

La differenziazione delle quote praticate dalle Casse pubbliche renderà più difficile e laborioso il calcolo dei contributi e la compilazione dei conteggi per le Casse private.

Allo scopo di semplificare, nei limiti del possibile tale procedura, il disegno di legge prevede, all'art. 44, che la determinazione dei contributi cantonali e comunali sia fatta, di regola, anche per le Casse private, in base alla quota da esse stabilita per la copertura delle prestazioni minime previste dalla legislazione can-

tonale. In tal modo, alle singole Casse private sarà data la possibilità di operare sulla scorta non solo di quote ma anche di contributi cantonali e comunali uniformi: un correttivo, peraltro già contemplato nella legge vigente, s'impone nel caso in cui la quota, prevista da una Cassa privata per i suoi assicurati, sia superiore a quella stabilita dalla Cassa pubblica, per gli assicurati domiciliati nel medesimo Comune. Infatti sarebbe contrario ai criteri informativi della legge addossare al Cantone e ai Comuni per gli assicurati iscritti a Casse private oneri più elevati di quelli assunti per i membri delle Casse pubbliche.

All'uopo l'art. 44, cpv. 6 del disegno di legge, prescrive che per gli assicurati iscritti in una Cassa privata i contributi cantonali e comunali non possono superare quelli concessi agli assicurati iscritti nella Cassa pubblica, domiciliati nel medesimo Comune.

II. COMMENTO ALLE SINGOLE DISPOSIZIONI

Art. 4

In questo articolo è dichiarato reddito determinante, ai fini dell'assicurazione, il reddito imponibile secondo le norme della legge tributaria per il periodo di computo che sarà stabilito dal Consiglio di Stato: a quest'ultimo è delegata la competenza di emanare prescrizioni in casi particolari (tassazioni intermedie, ecc.). Circa i motivi che hanno suggerito quest'innovazione, rimandiamo alle considerazioni esposte nel precedente capitolo.

Sono state, per il resto, riprese le norme concernenti la non computabilità dei redditi dei figli minorenni, il computo di una aliquota della sostanza e la deduzione per i figli minorenni.

Art. 5, cpv. 1 e 2

Conformemente al principio della preminenza delle forme assicurative sulle forme assistenziali, è stata abrogata la norma che escludeva dall'assicurazione obbligatoria le persone ricoverate in un asilo, in un ospedale o in uno stabilimento di cura, a carico della pubblica assistenza. Inoltre considerato che la vigente disposizione per le comunioni domestiche si è dimostrata eccessivamente rigorosa e, in pari tempo, di difficile applicazione, abbiamo limitato l'esclusione dall'assicurazione obbligatoria alle persone che vivono in comunione domestica con i genitori aventi un reddito determinante superiore a Fr. 18.000,— e che pertanto non hanno diritto ad alcun sussidio, anche se assicurati a titolo facoltativo.

Il capoverso 2 è stato adeguato al nuovo diritto federale (LAMI, art. 5, cpv. 3 e 4) che pone condizioni meno rigorose per l'applicazione delle riserve che, secondo la nostra legislazione sull'assicurazione obbligatoria, sono peraltro opponibili unicamente alla mano d'opera straniera o alle persone che si trasferiscono nel nostro Cantone per ragioni di malattia o di cura.

Art. 7, cpv. 1, lett. b)

In base a questa norma, l'obbligo assicurativo poteva finora essere adempiuto presso una Cassa malati privata riconosciuta dalla Confederazione, che dava almeno le stesse prestazioni previste dal Titolo I della legge. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ci suggerisce di aggiungere, per una migliore garanzia dell'assolvimento dell'obbligo assicurativo nel Cantone, che la Cassa privata, oltre al riconoscimento federale, debba anche aver stipulato la convenzione con lo Stato. In questo senso abbiamo completato la lettera b).

Art. 8, lett. c)

La nuova LAMI (art. 12, cpv. 4) ha aumentato la durata del diritto alle prestazioni in caso di cura ospedaliera da 360 giorni, in un periodo di 540 giorni con-

secutivi, a 720 nel corso di 900 giorni consecutivi. Inoltre ha introdotto il principio della non computabilità della degenza ospedaliera per gli invalidi, assegnando alle Casse sussidi del 75 % delle spese riconosciute per tali assicurati. Poichè gli assistiti degenti in uno stabilimento di cura sono generalmente al beneficio di una rendita AI, e daranno diritto ai cospicui sussidi federali, la lett. c) è stata abrogata.

In sostituzione di tale norma, abbiamo disciplinato il caso di cessazione dell'obbligo assicurativo dei figli conviventi con genitori aventi un reddito superiore a Fr. 18.000,—.

Art. 9, cpv. 1

Conformemente alla nuova LAMI (art. 14), la Cassa malati alla quale è affiliata la puerpera, è tenuta a versare un contributo giornaliero alle spese di cura ospedaliera a favore del neonato, senza riguardo al fatto che quest'ultimo sia o no assicurato a una Cassa malati. Siccome la nostra legge vigente offre al neonato una protezione assicurativa superiore (cura medica e medicamentosa, contributo giornaliero in caso d'ospedalizzazione e prestazioni per eventuali interventi chirurgici, già a partire dal giorno della nascita) e poichè non sembra giustificato di peggiorare un diritto acquisito, abbiamo risolto di proporvi di mantenere, a lato delle prestazioni federali per la maternità (contributo fisso alle spese di cura in ospedale di Fr. 3,— per i primi giorni se il neonato è sano e di Fr. 6,— fino a dieci settimane al massimo, se il neonato è malato), anche le prestazioni per le spese mediche e medicamentose tanto in ospedale quanto in ambulatorio, che vengono concesse a tutti gli assicurati. Tuttavia, per evitare il cumulo delle prestazioni, abbiamo introdotto all'art. 19, cpv. 2, una riserva per i neonati che li esclude dal contributo giornaliero alle spese di cura di Fr. 6,— in caso d'ospedalizzazione, per il periodo di dieci settimane, in quanto tale prestazione è già corrisposta alla madre secondo le norme federali concernenti la maternità.

Art. 11, cpv. 4

Il nuovo diritto federale disciplina compiutamente sia il regime convenzionale sia quello aconvenzionale (LAMI, art. 22, art. 22 bis e art. 23 ter). La disposizione di cui all'art. 11, cpv. 4, deve pertanto essere abrogata.

Art. 12, cpv. 3

E' stato abrogato poichè incompatibile con il diritto federale.

Art. 13

La nostra legge limita la scelta dello stabilimento di cura a quelli che hanno sede nel Cantone: soltanto in casi eccezionali, e con il consenso della Cassa, è data facoltà di scegliere un altro stabilimento. La legge federale estende la libera scelta a tutta la Svizzera: pertanto l'art. 13 ha dovuto essere modificato.

Art. 14

Con l'introduzione delle nuove norme di diritto federale, concernenti la partecipazione alle spese di cura, il provvedimento cautelativo più efficace verso gli assicurati inadempienti, appare quello del prelevamento della franchigia all'atto della consegna del foglio di malattia. In tal senso, abbiamo modificato la norma vigente.

Art. 15

La nostra legge ha anticipato, in materia di prestazioni, il nuovo diritto federale, fatta eccezione di poche limitazioni che devono essere abrogate.

A rigore, l'attuale art. 15 avrebbe potuto essere mantenuto, con qualche modifica marginale: per motivi di chiarezza e di sicurezza giuridica, abbiamo pre-

ferito di proporvi il testo integrale della nuova disposizione federale (art. 12 LAMI) con l'aggiunta della norma concernente la somministrazione di apparecchi ortopedici già prevista dalla vigente legge. Come abbiamo già accennato, la durata del diritto alle prestazioni in caso di cura ospedaliera è stata raddoppiata nella legge federale: anche questa norma deve quindi essere inserita nella legge cantonale. Parimenti dicasi per la disposizione concernente gli invalidi al beneficio di una rendita AI e i minorenni affetti da malattie di lunga durata, per i quali i giorni di degenza in uno stabilimento di cura non vengono computati nel calcolo della durata delle prestazioni. A tale proposito, osserviamo che questa norma (la quale consente di fruire del sussidio federale del 75 % della spesa) è già stata introdotta dal Consiglio di Stato nello statuto della Cassa malati intercomunale, a contare dal 1. gennaio 1964: analoga modifica statutaria hanno adottato le altre Casse. Circa il riconoscimento, nell'uso ospedaliero, delle specialità farmaceutiche analoghe a quelle contenute nell'elenco, che poteva finora essere effettuato dalle Casse malati nell'ambito delle prestazioni sussidiate, osserviamo quanto segue: questa norma, peraltro di carattere potestativo, si è rivelata di difficile applicazione. Infatti per specialità analoga s'intende un prodotto, non ancora incluso nell'elenco, la cui composizione chimica è grosso modo la stessa di quella di un'altra specialità riconosciuta. Da ciò notevoli, per non dire insormontabili difficoltà di decisione da parte degli amministratori delle Casse malati. Per evitare disparità di trattamento, abbiamo abrogato questa disposizione particolare.

Per le cure termali è prevista, conformemente alla nuova LAMI, la concessione di un contributo giornaliero fisso di Fr. 10.—, sostitutivo di qualsiasi altra prestazione. Finora, secondo la legge cantonale, era corrisposto un contributo di Fr. 3.— al giorno più le prestazioni speciali (massaggi, fanghi, ecc.).

Art. 16

Come abbiamo già accennato all'art. 9, il nuovo diritto federale impone tassativamente le prestazioni in caso di maternità dovute dalla Cassa malati alla quale è affiliata la madre, integrandole con un contributo fisso alle spese di cura ospedaliera per il neonato. La legge cantonale deve quindi essere modificata; ciò eviterà, tra l'altro, che la Cassa malati della madre si sottragga all'obbligo di versare il contributo giornaliero per i neonati, durante le prime dieci settimane di vita, con la giustificazione che altre prestazioni sono già concesse dall'assicurazione individuale del neonato.

Art. 18, cpv. 1

E' stata introdotta la riserva dell'applicazione dell'art. 13 per i casi di degenza ospedaliera. Il campo d'applicazione di questa disposizione resta pertanto limitato alla cura extraospedaliera.

Art. 19

La nuova legislazione federale stabilisce che il contributo giornaliero alle spese di cura ospedaliera deve essere di almeno Fr. 6.— sia per gli adulti sia per i fanciulli. Siccome la nostra legge cantonale fissava tale contributo a Fr. 3.— per gli adulti e a Fr. 2.— per i fanciulli (con l'aumento di Fr. 1.— dopo 90 giorni di degenza ospedaliera ininterrotta), l'articolo ha dovuto essere modificato nel senso che il contributo è di Fr. 6.— indistintamente.

Come già accennato (cfr. art. 9), per i neonati il diritto al contributo giornaliero nasce soltanto dopo dieci settimane di vita, in quanto durante tale periodo è già corrisposto in virtù delle disposizioni concernenti la maternità (art. 14).

Giusta la novella legislativa federale, è stato introdotto anche un contributo giornaliero ridotto di Fr. 3.—, in caso di cura di disintossicazione per i bevitori.

Art. 20

Conformemente all'art. 14, cpv. 5 e all'art. 35 cpv. 4, LAMI, la Confederazione rimborsa, a titolo d'indennità d'allattamento, l'importo di Fr. 50.—. L'art. 20 che

prevedeva un'indennità di Fr. 20,—, è stato pertanto modificato. Osserviamo che l'aumento dell'indennità d'allattamento ha già formato oggetto di analoga modifica dello statuto della CMI e delle Casse malati comunali e consorziali, con effetto retroattivo al 1. gennaio 1964.

Art. 21

Le prestazioni per la tubercolosi che, finora, erano disciplinate da una legge federale speciale, sono state inserite nella nuova LAMI come prestazioni dell'assicurazione ordinaria. Il riferimento al primo capoverso è stato pertanto convenientemente modificato.

In caso di cura ospedaliera per la tubercolosi, la nuova LAMI ha aumentato il contributo giornaliero minimo alle spese di cura da Fr. 5,— a Fr. 8,— per i fanciulli e da Fr. 8,— a Fr. 12,— per gli adulti. Conformemente all'art. 32, cpv. 2, lett. a), dell'Ordinanza I del Consiglio federale del 22 dicembre 1964, nell'assicurazione per la cura medica e i medicamenti in caso di tubercolosi, i sussidi federali del 40 % sono tuttavia estesi a un contributo giornaliero di Fr. 20,— al massimo. Considerato l'aumento effettivo delle spese in ospedale o in sanatorio, abbiamo ritenuto opportuno di conferire al Consiglio di Stato la delega di aumentare, all'occorrenza, detto contributo sino all'importo massimo sussidiato dalla Confederazione.

Art. 22, cpv. 2

Con l'entrata in vigore dell'assicurazione invalidità, le spese a carico delle Casse malati per la cura della poliomielite anteriore acuta vera e propria e di forme affini, sono notevolmente diminuite. All'Istituto cantonale di riassicurazione, cui sono riassicurate per questo rischio le Casse pubbliche ticinesi, non è pervenuta sinora alcuna domanda di prestazioni. In considerazione di tale alleggerimento, le Casse private hanno già esteso il campo d'applicazione ad altre forme di paralisi. Questo criterio dovrebbe valere anche per le Casse pubbliche e pertanto abbiamo previsto di conferire al Consiglio di Stato la facoltà di adeguare ed estendere le prestazioni con il regolamento di applicazione.

Art. 23, cpv. 3

Subordinando la rifusione delle spese effettive di viaggio d'importo superiore a Fr. 5,—, per visite e cure presso medici specialisti, alla prescrizione del medico di Cassa, l'art. 23, cpv. 3, limita giuridicamente tale diritto a favore dei membri delle Casse di montagna che hanno stipulato una convenzione a medico unico, ai sensi dell'art. 16, cpv. 2, LAMI.

Infatti, dopo l'introduzione del criterio della libera scelta del medico, la nozione di medico di Cassa si configura unicamente nel caso di medici convenzionati con Casse di montagna.

Per evitare erronee interpretazioni, il testo di questa disposizione è stato convenientemente modificato.

Art. 24

Contrariamente alla norma della legge cantonale che esige dall'assicurato facoltativo una dichiarazione esplicita di continuare il rapporto assicurativo, la legge federale muove dalla presunzione che l'assicurato intenda continuare l'assicurazione se non vi rinuncia espressamente entro il termine di un mese: la modifica di questo articolo tiene conto dei nuovi criteri.

Art. 25

All'art. 25 vi proponiamo due modificazioni. La prima concerne l'abrogazione del limite di reddito per l'iscrizione facoltativa ad una Cassa malati pubblica. Siffatta limitazione non ha invero fondati motivi di sussistere ove si pensi che la

prosecuzione volontaria dell'assicurazione, in conformità dell'art. 24, è aperta a tutti gli assicurati, senza riguardo alle loro condizioni economiche: si tratta, peraltro, di una limitazione che non è conosciuta dalle Casse malati private.

Con la seconda modificazione, vi proponiamo di abbassare il limite di età per l'assicurazione facoltativa da 65 a 50 anni per quegli assicurati che non possono invocare il libero passaggio o la prosecuzione volontaria nel rapporto assicurativo. Ove si consideri che la legislazione federale consente di introdurre un limite di età anche nell'assicurazione obbligatoria, a fortiori appare giustificato di precludere l'adesione ad una Cassa malati pubblica alle persone che — non essendo sottoposte all'obbligo assicurativo — avvertono la convenienza di aderire all'assicurazione sociale (che si fonda su principi mutualistici) soltanto quando, per l'età avanzata, sono maggiormente esposte a malattie e infermità che comportano notevoli oneri per le Casse malati.

Art. 28, cpv. 1

Abbiamo completato la disposizione concernente la gestione dell'assicurazione affidata alla Cassa malati intercomunale, prevedendo anche il caso delle Casse malati comunali e consorziali che si sciolgono per autonoma decisione.

Art. 39, cpv. 2

Per uniformare la nozione di fanciullo del diritto cantonale a quella del diritto federale, il limite di età è stato elevato da 14 a 15 anni.

Art. 40 e 40 bis

Secondo la vigente legge, l'assicurato deve partecipare alle spese riconosciute dalla Cassa malati nella misura del 25 % (quarto moderatore). La nuova LAMI introduce una diversa regolamentazione.

A tale riguardo, vi rimandiamo alle considerazioni esposte al Capitolo I.

Art. 42, cpv. 1

Com'è noto la costituzione delle riserve delle Casse malati è di competenza dell'Autorità federale: abbiamo pertanto fatto un riferimento alla legislazione federale che disciplina compiutamente la materia.

Art. 44

I motivi che ci hanno indotto a modificare la procedura di computo dei contributi cantonali e comunali, lasciando immutato il principio della parità di trattamento fra gli assicurati iscritti a Casse pubbliche e a Cassa private, sono stati ampiamente esposti nel Capitolo I, al quale vi rimandiamo.

Art. 45

In questa disposizione sono state meglio definite alcune condizioni che le convenzioni tra lo Stato e le Casse private devono prevedere, a garanzia di una corretta applicazione della legge nei confronti degli assicurati che fruiscono dei contributi cantonali e comunali.

Art. 46

Poichè la nuova regolamentazione prevista dall'art. 40 esclude qualsiasi partecipazione alle spese in caso di cura in ospedale, per la tubercolosi, la cura balneare e la maternità e la riduce dal 25 % al 10 % per le cure in ambulatorio o a domicilio, l'art. 46 ha perso praticamente ogni validità; ne proponiamo pertanto la abrogazione.

Art. 47

Questa norma deve essere abrogata, dato che per le prestazioni in caso di maternità l'assicurata è esonerata da qualsiasi quota di partecipazione alle spese.

Art. 50

Gli articoli 50 e 51 della vigente legge prescrivono l'obbligo per la pubblica assistenza di assumere il pagamento delle quote e della partecipazione alle spese per gli assistiti e gli indigenti, iscritti in una Cassa malati pubblica.

Vi proponiamo di riunire queste norme in un unico articolo (50) e di dichiararle applicabili anche agli assicurati assistiti iscritti in una Cassa malati privata riconosciuta come pure agli assicurati non assistiti per i quali la procedura esecutiva, promossa da una Cassa pubblica o privata per l'incasso delle quote, della partecipazione alle spese e della franchigia, si è conclusa con un attestato di carenza di beni.

Il più esteso intervento della pubblica assistenza che la nuova disposizione comporta appare giustificato per i seguenti motivi :

1. La nostra legge non ammette opportunamente che un assicurato caduto nel bisogno sia estromesso dalla Cassa malati poichè non è più in grado di pagare le quote o la partecipazione alle spese ; questa tutela imposta dallo Stato esige, per ragioni di equità, nei confronti degli altri assicurati, che le quote e la partecipazione impagate non siano addossate alla Cassa malati ma vengano coperte dall'ente pubblico.
2. L'estensione dell'assicurazione contro le malattie alleggerisce sicuramente gli oneri dello Stato per la pubblica assistenza e perciò è giusto che esso sia chiamato ad intervenire per mezzo di questa istituzione in caso di mora degli assicurati.
3. Le Casse malati private hanno l'obbligo, come le Casse pubbliche, di continuare il pagamento delle prestazioni statutarie anche a favore degli assicurati morosi : ne consegue che anche queste Casse debbano poter invocare l'intervento della pubblica assistenza.
4. L'intervento della pubblica assistenza a favore degli indigenti ha fatto insorgere parecchie contestazioni tra le Casse malati e gli organi assistenziali, in sede di valutazione del concetto di indigenza. A nostro giudizio, l'indigenza, ai fini della legge che qui interessa, si configura nel momento in cui l'esecuzione promossa contro l'assicurato, è sfociata in un attestato di carenza di beni. Questo concetto, che evita ogni possibile contestazione, è stato inserito nel nuovo disposto.

Art. 51

E' stato abrogato (cfr. art. 50).

Art. 52

In considerazione del prolungamento della durata del diritto alle prestazioni (art. 15), e per i motivi esposti nel commento all'art. 5, cpv. 1 e 2, questa disposizione è stata abrogata.

Art. 53

La nuova redazione dell'articolo prevede non solo un più accentuato intervento dei Comuni finanziariamente forti nel settore dei premi ma anche in quello delle prestazioni. Alludiamo, in particolare, all'introduzione e all'aumento delle indennità ospedaliere per la copertura della retta, già peraltro attuato in alcuni Comuni.

Art. 54

La garanzia dello Stato è stata estesa (per mezzo della pubblica assistenza) in conformità dell'art. 50, agli assicurati morosi iscritti alle Casse malati private : questa estensione esige che anche le Casse private siano tenute ad applicare la procedura d'incasso forzato prevista sinora soltanto per le Casse pubbliche.

Art. 55, cpv. 1

In conformità del diritto federale la facoltà di affidare ai datori di lavoro il compito dell'incasso delle quote è stata estesa nella legge cantonale alle Casse private.

Art. 56

E' stato abrogato perchè incompatibile con il nuovo diritto federale (cfr. art. 11, cpv. 4).

Art. 57, cpv. 2, 4 e 5

La cerchia delle associazioni e degli enti con cui le Casse malati devono stipulare una convenzione è stata allargata, in conformità del diritto federale.

Abbiamo definito più convenientemente gli organi competenti a stipulare convenzioni speciali per la garanzia del servizio medico e il campo d'applicazione di tali convenzioni, che dev'essere esteso a tutta la popolazione e non ai soli assicurati.

Art. 58

Le prestazioni che devono essere obbligatoriamente riassicurate dalle Casse pubbliche presso l'Istituto cantonale di riassicurazione sono state estese a quelle per gli invalidi degenti in uno stabilimento di cura, in conformità di quanto prescritto dall'art. 13, cpv. 1, cifra 2, dell'Ordinanza V sull'assicurazione contro le malattie concernente il riconoscimento delle Casse malati e delle Federazioni di riassicurazione, come pure la loro sicurezza finanziaria, del Consiglio federale, nonché alle terapie particolarmente costose previste dal nuovo diritto federale.

Inoltre abbiamo aggiunto un secondo capoverso per permettere anche alle Casse pubbliche di introdurre nuovi rami di assicurazione e aumentare le prestazioni assicurate, secondo la prassi delle Casse private. Queste assicurazioni complementari esigono una larga base assicurativa, per cui è d'uopo che debbano essere inserite nella gestione dell'Istituto cantonale di riassicurazione, che raggruppa circa 95.000 membri riassicurati.

Art. 68, 69 e 70

Con questi tre articoli abbiamo disciplinato la procedura di decisione e di ricorso per le contestazioni che possono sorgere tra Casse malati e assicurati, tra Casse e Casse e tra Casse e medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale ausiliario, laboratori e stabilimenti di cura e tra Casse e Autorità di vigilanza, conformemente al nuovo diritto federale e cantonale. In concreto, all'art. 68 abbiamo sancito l'obbligo delle Casse malati di emanare una formale decisione suscettibile di ricorso in caso di controversia con gli assicurati o con le persone che intendono aderire ad una Cassa malati (cpv. 1) e abbiamo designato il Tribunale cantonale delle assicurazioni, come Autorità di ricorso per le contestazioni delle Casse fra loro, e con gli assicurati o con terzi, concernenti diritti dedotti dalla legge federale e cantonale, dalle disposizioni esecutive federali e cantonali o dalle disposizioni emanate dalle Casse (statuti). Una contestazione fra le Casse può insorgere soprattutto qualora si tratti di corrispondere prestazioni a un assicurato affiliato a più Casse o di accettare un passante proveniente da un'altra Cassa. Le contestazioni tra le Casse e i membri hanno come oggetto segnatamente le prestazioni, le quote e la partecipazione degli assicurati alla spesa. Sono considerati come terzi, in primo luogo, le persone che postulano l'ammissione e gli stipulanti in caso di contratto d'assicurazione collettiva (cfr. messaggio del Consiglio federale del 5 giugno 1961 sulla revisione della LAMI).

All'art. 69 è regolata la procedura concernente le contestazioni fra Casse e medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale sanitario ausiliario, laboratori e stabilimenti di cura, davanti al Tribunale arbitrale. Poichè l'art. 25 LAMI prescrive che il Tribunale arbitrale può essere adito soltanto dopo un esperimento di con-

ciliazione, abbiamo stabilito che le convenzioni debbano prevedere un organo di conciliazione (Commissione paritetica).

L'art. 70 demanda al Tribunale cantonale amministrativo la competenza di pronunciarsi sui ricorsi presentati contro le decisioni del Consiglio di Stato circa lo scioglimento delle Casse pubbliche (art. 37) e la soppressione temporanea o definitiva dei sussidi alle Casse malati pubbliche o private secondo l'art. 71.

Art. 71

Con il nuovo disposto, la soppressione dei sussidi può essere ordinata dal Consiglio di Stato, non solo in caso di violazione della legislazione cantonale ma anche delle norme previste nelle convenzioni che le Casse private devono stipulare con lo Stato in conformità dell'art. 45.

Art. 72

Dev'essere abrogato, in quanto privo di oggetto in seguito alla nuova formulazione dell'art. 40 LAMI.

Per uniformare la terminologia del diritto cantonale al diritto federale il sottotitolo 3. del Capo II della legge è stato convenientemente modificato.

III. RIPERCUSSIONI FINANZIARIE

Secondo i dati concernenti l'esercizio 1964 (i dati relativi al 1965 non sono ancora noti, in quanto la procedura di notifica delle Casse pubbliche e private è tutt'ora in corso, ma non dovrebbero comunque scostarsi sensibilmente da quelli del 1964) l'onere complessivo per i contributi cantonali e comunali è stato in cifra tonda di Fr. 11.000.000,—, di cui:

- Fr. 6.000.000,— a carico del Cantone
- Fr. 5.000.000,— a carico dei Comuni.

Il maggior onere del Cantone è dovuto ai contributi per la mano d'opera straniera che, conformemente all'art. 49, cpv. 2, della legge, sono a totale carico dello Stato. La ripartizione dei contributi cantonali e comunali per genere di Cassa fu la seguente:

Casse pubbliche	Fr. 5.900.000,—
Casse private	Fr. 5.100.000,—

Il numero complessivo degli assicurati obbligatori è stato di 182.000 e quello degli assicurati facoltativi sussidiabili di 7.500 circa.

Come abbiamo indicato al Capitolo I, le prestazioni della legge cantonale sono state adeguate alla nuova LAMI già a contare dal 1. gennaio 1966, con decreto esecutivo del 14 dicembre 1965.

Dalla stessa data, le quote sono state perequate nella misura del 25 % circa per tener conto dei maggiori oneri determinati dai seguenti fattori:

1. l'abrogazione della partecipazione alle spese da parte degli assicurati in caso di cura ospedaliera;
2. la riduzione della partecipazione dal 25 % al 10 % per le cure a domicilio e in ambulatorio, non integralmente compensata dalla franchigia;
3. l'aumento del contributo giornaliero d'ospedalizzazione da Fr. 2,—, rispettivamente Fr. 3,— per i fanciulli e gli adulti a Fr. 6,— indistintamente;

4. l'aumento delle prestazioni in caso di tubercolosi ;
5. l'aumento delle prestazioni per le cure termali ;
6. l'abrogazione delle limitazioni previste per alcune terapie ;
7. il prolungamento della durata del diritto alle prestazioni in caso di cura ospedaliera ;
8. l'aumento del 10 % delle tasse mediche, in conformità della convenzione tariffale, per via dell'aumento dell'indice dei prezzi al consumo.

Dato che il Cantone e i Comuni partecipano in percentuale al pagamento delle quote a carico degli assicurati (art. 44 e segg. della legge) e considerato che il numero complessivo degli assicurati non dovrebbe subire per il 1966 modifiche degne di rilievo, in quanto il reddito determinante è stato ancora desunto dalle tassazioni 1961/1962, l'onere presumibile per il 1966 può essere valutato in complessivi Fr. 13.800.000,— di cui :

— a carico del Cantone	Fr. 7.550.000,—
— a carico dei Comuni	Fr. 6.250.000,—

Rispetto agli esercizi precedenti l'onere supplementare sarà per il 1966 di franchi 2.300.000,—, di cui :

— a carico del Cantone	Fr. 1.550.000,—
— a carico dei Comuni	Fr. 1.250.000,—

L'applicazione dell'annesso disegno di legge, che, a decorrere dal 1. gennaio 1967, inserisce nella legislazione ordinaria la regolamentazione adottata in via provvisoria per il 1966, senza apportarvi sostanziali modificazioni, non dovrebbe comportare un aumento degli oneri degli enti pubblici per il 1967, ritenuto che la cerchia degli assicurati obbligatori non subisca variazioni importanti con l'adozione dei nuovi criteri dell'accertamento del reddito.

Anche l'estensione di talune prestazioni, che potrà essere decisa dal Consiglio di Stato in virtù della delega contenuta nel disegno di legge, dovrebbe avere una incidenza relativamente modesta (circa Fr. 200.000,— all'anno).

Tuttavia è d'uopo osservare quanto segue :

1. L'evoluzione dei costi dell'assicurazione è in costante aumento sia per le spese mediche, farmaceutiche e ospedaliere sia per altre terapie ;
2. Mentre per il 1964 tutte le Casse pubbliche, salvo due, hanno chiuso i loro bilanci a pareggio o con una maggiore entrata, le notifiche dei risultati dell'esercizio 1965 indicano che la gestione di parecchie Casse è stata deficitaria talvolta in misura ragguardevole. Il Cantone e i Comuni saranno pertanto chiamati a coprire i disavanzi, in applicazione dell'art. 43 della legge. Si può prevedere che analoghe situazioni si verificheranno anche in avvenire, per cui gli enti pubblici saranno costretti, oltre che a coprire i disavanzi degli esercizi decorsi, a sussidiare quote superiori che le Casse deficitarie dovranno prelevare per garantire in futuro la copertura delle spese ricorrenti.

In queste condizioni, la valutazione degli oneri per l'applicazione della nuova legge deve essere accolta con tutte le riserve che l'evoluzione generale dei costi comporta e indurre a prudenza tanto nella definizione della cerchia degli assicurati sussidiabili quanto nell'estensione delle prestazioni assicurate.

Per attuare un sistema assicurativo che ha posto il nostro Cantone in una posizione avanzata rispetto agli altri Cantoni confederati e che offre ad una larghissima cerchia della popolazione una valida ed apprezzata protezione contro le

conseguenze economiche della malattia, il Cantone e i Comuni, dal 1964, si sono assunti oneri sicuramente gravosi.

E' indubbio che, offrendo ai cittadini un'assicurazione di base così ampia, gli enti pubblici hanno ormai assolto convenientemente il loro compito, secondo il principio della sussidiarietà dell'intervento statale che ispira le nostre istituzioni.

Spetta ai singoli cittadini di integrare le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria a loro libero apprezzamento, mediante forme complementari, come, ad esempio, quella per la totale copertura della retta in caso di degenza ospedaliera.

Anche da un profilo meramente pratico, sarebbe inopportuno imporre in via legislativa nuove provvidenze che non rispondono oggi ad un'urgente esigenza sociale: l'evoluzione dei costi, difficilmente valutabile, consiglia infatti di non addossare allo Stato e ai Comuni ulteriori oneri finanziari per prestazioni complementari, prima di conoscere l'effettiva incidenza che potrà avere l'assicurazione di base nei prossimi anni.

IV. ENTRATA IN VIGORE

Il decreto esecutivo del 14 dicembre 1965 scade il 31 dicembre 1966. In conformità della nuova LAMI (capo VI) e dell'art. 1 del decreto 17 novembre 1964 del Consiglio federale, le disposizioni provvisorie devono essere sostituite da disposizioni definitive al più tardi entro il 31 dicembre 1966.

L'entrata in vigore della nuova legge cantonale deve pertanto essere stabilita al 1. gennaio 1967.

Per i motivi esposti nel presente messaggio vi invitiamo ad approvare l'annesso disegno di legge.

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

Per il Consiglio di Stato,

Il Presidente :

F. Ghisletta

p. o. Il Cancelliere :

A. Crivelli

Disegno di

LEGGE

sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie del 7 novembre 1962 ; modificazione

(del)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone del Ticino

vista la legge federale sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni del 13 giugno 1911¹⁾ ;

visto il messaggio 7 ottobre 1966 n. 1398 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

I.

La legge sull'assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie del 7 novembre 1962²⁾ è modificata come segue :

Art. 4

Reddito
determinante

¹ E' reddito determinante il reddito imponibile del lavoro e della sostanza secondo le norme della legge tributaria. Per le famiglie, il reddito dei figli minorenni non è computabile.

Sostanza
computabile

² Se la famiglia o la persona sola dispone di una sostanza imponibile superiore rispettivamente a 50.000,— e a 30.000,— franchi, al reddito imponibile è aggiunta una somma pari al quindicesimo della sostanza eccedente tali limiti.

Detrazione
per figli

³ Per le famiglie, è dedotto dal reddito imponibile l'importo di 500 franchi per ogni figlio minorenne.

Classificazione
fiscale

⁴ Il reddito e la sostanza sono desunti, di regola, dalla classificazione per l'imposta cantonale del periodo di tassazione che sarà stabilito ogni anno dal Consiglio di Stato.

Accertamento
del reddito e
della sostanza in
casi particolari

⁵ Il Consiglio di Stato può emanare prescrizioni per l'accertamento del reddito e della sostanza ove manchi la tassazione fiscale o sia intervenuta una profonda e durevole modificazione delle condizioni di reddito e di sostanza dell'assicurato.

Art. 5, cpv. 1 e 2

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

- a) hanno compiuto 65 anni ;
- b) vivono in comunione domestica con i genitori che hanno un reddito determinante superiore a 18.000,— franchi annui.

² Per le persone trasferitesi nel Cantone per ragioni di malattia e di cura, nonchè per la manodopera straniera, l'assicurazione è soggetta a riserve, in conformità della legislazione federale.

¹⁾ CS, 8 - 273 ; RU 1964, 981

²⁾ BU 1963, 245 (RL V - VIII 341)

Art. 7, cpv. 1, lett. b)

- b) presso una Cassa malati privata riconosciuta che dia almeno le stesse prestazioni previste dal presente titolo e che abbia stipulato una convenzione con lo Stato.

Art. 8, lett. c)

- c) il 31 dicembre dell'anno in cui si verificano le condizioni previste all'art. 5, cpv. 1, lett. b).

Art. 9, cpv. 1

¹ Con riserva dell'art. 19, cpv. 2, il diritto alle prestazioni decorre dall'inizio dell'obbligo assicurativo, in conformità dell'art. 6. Per le puerpere non è applicabile il termine previsto dall'art. 14 LAMI.

Art. 11, cpv. 4

Abrogato.

Art. 12, cpv. 3

Abrogato.

Art. 13

L'assicurato iscritto a una Cassa malati pubblica ha libera scelta fra gli stabilimenti di cura svizzeri, in conformità della legislazione federale.

**Libera scelta
dello stabilimento
di cura**

Art. 14

Nei confronti degli assicurati in mora con il pagamento delle quote, della franchigia o del contributo di partecipazione alle spese, la Cassa può, previa diffida scritta :

**Assicurati
inadempianti**

- a) subordinare il rilascio del foglio di malattia al pagamento della franchigia, in conformità dell'art. 40 ;
- b) compensare il suo credito con il contributo giornaliero previsto dall'art. 19.

Art. 15

¹ L'assicurato ha diritto :

Prestazioni

1. in caso di cura ambulatoriale :
 - a) alla cura medica ;
 - b) alle terapie scientificamente riconosciute applicate dal personale sanitario ausiliario su prescrizione medica ;
 - c) ai medicinali prescritti da un medico secondo l'elenco dei medicinali con tariffa e secondo l'elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, raccomandati per la prescrizione a carico delle Casse malati ;
 - d) alle analisi prescritte da un medico ;
 - e) alle cure date da un chiropratico ;
 - f) agli apparecchi ortopedici prescritti dal medico, che non sono concessi dall'assicurazione federale invalidità. Nel regolamento di applicazione saranno elencati detti apparecchi e stabilite le percentuali della partecipazione alla spesa ;
2. in caso di cura ospedaliera : alle prestazioni stabilite nella convenzione stipulata fra lo stabilimento di cura e la Cassa, ma almeno alla cura medica (comprese le terapie scientificamente

riconosciute), ai medicinali e alle analisi secondo le tariffe per la camera comune e al contributo giornaliero alle spese di cura previsto dall'art. 19;

3. in caso di cura balneare, prescritta dal medico in una stazione termale svizzera, al contributo giornaliero alle spese di cura di 10 franchi.

² In caso di cura ambulatoriale, la Cassa deve concedere la cura medica e i medicinali senza limiti di tempo.

³ In caso di cura ospedaliera o balneare, la Cassa deve concedere la cura medica e i medicinali, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi. Le prestazioni non possono essere computate finchè l'assicurato riceve una rendita o un assegno per invalidi senza aiuto dell'assicurazione per l'invalidità o finchè un assicurato minorenne, che non riceve una rendita dell'assicurazione per l'invalidità, continua, senza lunghe interruzioni, a essere ricoverato in uno stabilimento, dopo aver già seguito una cura ospedaliera per 360 giorni consecutivi.

⁴ Per le analisi e le altre prestazioni valgono le norme della legislazione federale.

Art. 16

Prestazioni per maternità

¹ In caso di gravidanza e di parto, le Casse devono concedere le prestazioni previste per i casi di malattia.

² L'assicurata ha in ogni caso diritto:

1. in caso di parto a domicilio:
 - a) all'assistenza ostetrica della levatrice, compreso il materiale necessario;
 - b) all'assistenza ostetrica del medico;
2. in caso di parto in uno stabilimento di cura, all'assistenza ostetrica della levatrice e del medico. Se lo stabilimento di cura riscuote una tassa di parto, sostitutiva dell'onorario per la levatrice, l'assicurata ha diritto a un contributo di Fr. 40,—;
3. a un contributo giornaliero di 3 franchi alle spese di cura del bambino finchè questi rimane nello stabilimento con la madre oppure a un contributo giornaliero di 6 franchi alle spese di cura e di trattamento del bambino che dev'essere curato in uno stabilimento entro le dieci settimane successive alla nascita;
4. a quattro esami di controllo durante la gravidanza e a un esame entro le 10 settimane successive al parto.

Art. 18, cpv. 1

Se l'assicurato si ammala in un altro Cantone, la Cassa assume le spese della cura ambulatoria in conformità della presente legge e nei limiti della tariffa medica del Cantone in cui avviene la cura. Per la cura ospedaliera, è applicabile l'art. 13.

Art. 19

Importo

¹ In caso d'ospedalizzazione prescritta dal medico, l'assicurato ha diritto a un contributo giornaliero alle spese di 6 franchi, oltre alle prestazioni previste all'art. 15, cpv. 1, cifra 2.

¹ Per i neonati il diritto al contributo giornaliero alle spese di cura previsto al cpv. 1, sorge dopo 10 settimane a contare dal giorno della nascita.

**Decorrenza
per i neonati**

² Per gli assicurati ricoverati in stabilimenti di cura o in reparti degli stessi, in cui vengono eseguite esclusivamente cure di disintossicazione per bevitori, su prescrizione e sotto direzione medica, il contributo giornaliero è di 3 franchi.

**Cure di
disintossicazione**

³ Per il calcolo della durata delle prestazioni è applicabile l'art. 15.

Durato

⁴ I contributi giornalieri previsti al primo e al terzo capoverso non sono dovuti in caso di tubercolosi.

Eccezione

Art. 20

La puerpera ha diritto a un'indennità di parto di 40 franchi e a un'indennità di allattamento di 50 franchi, se allatta il bambino durante dieci settimane.

Importo

Art. 21

¹ In caso di tubercolosi l'assicurato ha diritto, a titolo di assicurazione per la cura medica e i medicinali, alle prestazioni minime, per genere e durata, previste dalla legislazione federale.

Prestazioni

² Il Consiglio di Stato può aumentare il contributo giornaliero alle spese di cura previste all'art. 12 ter, cpv. 1, cifra 1, lett. b) LAMI, sia per i fanciulli sia per gli altri assicurati sino al limite massimo, stabilito dall'art. 32, cpv. 2, lett. a) dell'Ordinanza I del Consiglio federale sull'assicurazione contro le malattie concernente la contabilità e il controllo delle Casse malati e delle federazioni di riassicurazione riconosciute dalla Confederazione come pure il calcolo dei sussidi federali, del 22 dicembre 1964.

Art. 22, cpv. 2

¹ Il Consiglio di Stato può aumentare l'importo massimo delle prestazioni sino a Fr. 10.000,— ed estendere l'applicazione del precedente capoverso ad altre forme di paralisi.

Art. 23, cpv. 3

¹ Gli assicurati delle regioni di montagna iscritti in una Cassa malati che ha stipulato una convenzione ai sensi dell'art. 16, secondo capoverso, LAMI, hanno diritto alla rifusione delle spese effettive di viaggio di importo superiore a 5 franchi per visite e cure presso medici specialisti ordinate dal medico convenzionato.

Art. 24

Le persone iscritte in una Cassa pubblica che cessano di essere obbligatoriamente assicurate per ragioni di reddito in conformità dell'art. 8, lett. b), continuano l'assicurazione a titolo facoltativo presso la medesima Cassa, a meno che, entro il termine di un mese, rinuncino alla qualità di membro.

**Prosecuzione
volontaria
dell'assicurazione**

Art. 25

¹ Le persone domiciliate nel Cantone, che non sono sottoposte all'obbligo assicurativo e che non superano i 50 anni di età, possono iscriversi alla Cassa pubblica competente, in conformità dell'art. 30.

**Iscrizione
facoltativa**

² L'iscrizione facoltativa è soggetta a riserve, secondo la legislazione federale.

³ Il diritto alle prestazioni decorre tre mesi dopo l'avvenuta iscrizione.

Art. 28, cpv. 1

¹ Se uno o più Comuni non istituiscono una Cassa malati pubblica o non partecipano a una Cassa malati consorziale, se una Cassa malati comunale o consorziale è sciolta per la decisione degli organi competenti, in conformità dell'art. 29, o per decisione del Consiglio di Stato nei casi previsti dall'art. 37, l'assicurazione secondo la presente legge è affidata alla Cassa malati intercomunale; con riserva dell'art. 58, le Casse malati comunali e consorziali non possono riassicurare le loro prestazioni presso altre Casse o Federazioni di casse.

Art. 39, cpv. 2

² Le quote per i fanciulli, sino alla fine dell'anno in cui compiono i 15 anni, saranno ridotte di almeno il 25 %.

Art. 40

¹ Le Casse malati pubbliche e private che hanno stipulato una convenzione con lo Stato in conformità dell'art. 45, devono riscuotere:

**Partecipazione
alle spese
e franchigia**

a) assicurazione
individuale

- a) per tutti gli assicurati, un contributo di partecipazione del 10 per cento alle spese per la cura medica e i medicinali;
- b) per gli assicurati maggiorenni, un contributo fisso di 15 franchi (franchigia) per ogni caso di malattia.

² Nessuna partecipazione alle spese e nessuna franchigia possono essere imposte:

- a) in caso di cura in uno stabilimento;
- b) in caso di tubercolosi;
- c) in caso di cura balneare;
- d) in caso di maternità.

³ Per le Casse pubbliche di montagna che versano un'indennità annuale per il servizio medico, è applicabile l'art. 25 dell'ordinanza federale V sull'assicurazione contro le malattie concernente il riconoscimento delle Casse malati e delle Federazioni di riassicurazione come pure la loro sicurezza finanziaria, del 2 febbraio 1965.

⁴ Il contributo di partecipazione alle spese e la franchigia devono essere riscossi direttamente dalle Casse malati a prestazioni avvenute e a conti debitamente verificati.

⁵ Le Casse malati non possono esigere anticipi neppure sotto forma di buoni di cura, sulle somme dovute all'assicurato. E' riservato l'art. 14.

⁶ Per quanto non disciplinato dai precedenti capoversi, valgono le disposizioni della legislazione federale.

Art. 40 bis

Nell'assicurazione collettiva il Consiglio di Stato può dispensare le Casse malati pubbliche e private, che hanno stipulato una convenzione con lo Stato in conformità dell'art. 45, dall'obbligo di riscuotere la partecipazione e la franchigia previste dall'art. 40.

b) assicurazione
collettiva

Art. 42, cpv. 1

¹ Le Casse malati pubbliche devono costituire un fondo di riserva, in conformità della legislazione federale.

Art. 44

¹ Il Cantone e il Comune di domicilio partecipano al pagamento delle quote a carico degli assicurati iscritti in una Cassa malati pubblica o privata riconosciuta che ha stipulato una convenzione con lo Stato, in conformità dell'art. 45, nella seguente misura :

Per il pagamento delle quote

— per le famiglie :

- a) in ragione dell'80 % per redditi determinanti non superiori a Fr. 2.500,— ;
- b) in ragione del 70 % per redditi determinanti tra i Fr. 2.501,— e i Fr. 4.000,— ;
- c) in ragione del 60 % per redditi determinanti tra i Fr. 4.001,— e i Fr. 6.000,— ;
- d) in ragione del 50 % per redditi determinanti tra i Fr. 6.001,— e i Fr. 13.000,— ;

— per le persone sole :

- a) in ragione del 70 % per redditi determinanti non superiori a Fr. 2.500,— ;
- b) in ragione del 60 % per redditi determinanti tra i Fr. 2.501,— e i Fr. 4.000,— ;
- c) in ragione del 50 % per redditi determinanti tra i Fr. 4.001,— e i Fr. 10.000,— .

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) l'intera quota residua per gli altri figli.

³ I contributi cantonali e comunali sono stabiliti in base alla quota calcolata da ogni singola Cassa in conformità dell'art. 39 e necessaria alla copertura delle prestazioni minime previste dalla legge e dal regolamento d'applicazione.

⁴ La parte della quota destinata al finanziamento degli oneri supplementari derivanti dall'applicazione dell'art. 40 bis non è sussidiabile.

⁵ I contributi cantonali e comunali devono essere dedotti dalla quota del singolo assicurato per il quale sono stati concessi.

⁶ Per gli assicurati iscritti in una Cassa privata i contributi cantonali e comunali non possono superare quelli concessi agli assicurati iscritti nella Cassa pubblica, domiciliati nel medesimo Comune.

Art. 45

Le Casse private che stipulano una convenzione con lo Stato secondo l'art. 44 devono impegnarsi, in particolare :

Convenzione con le Casse malati private

- a) a esercitare l'assicurazione obbligatoria e facoltativa in conformità della presente legge, del regolamento di applicazione e delle istruzioni emanate dall'Autorità di vigilanza;
- b) a non opporre riserve per l'età e lo stato di salute dell'assicurato e a sciogliere le riserve già in atto, nei limiti previsti dall'art. 5;
- c) a sottostare alle misure di controllo previste dal regolamento di applicazione.

Art. 46

Abrogato.

Art. 47

Abrogato.

Art. 50

Quote e partecipazione alle spese a carico della pubblica assistenza

¹ Le quote per la copertura delle prestazioni minime previste dalla legge e dal regolamento d'applicazione, la partecipazione alle spese e la franchigia, in conformità dell'art. 40, a carico degli assicurati obbligatori iscritti in una Cassa malati pubblica o privata riconosciuta, rimaste impagate a seguito di un procedimento esecutivo, sono assunte, oltre alle spese di esecuzione, dall'assistenza pubblica, riservato il diritto di ricupero.

² Il procedimento esecutivo non deve essere avviato se trattasi di assicurati assistiti.

Art. 51

Abrogato.

Art. 52

Abrogato.

Art. 53

Contributi supplementari dei Comuni

I Comuni che non partecipano alla compensazione intercomunale diretta possono assegnare contributi supplementari per il pagamento delle quote e per l'estensione delle prestazioni.

Art. 54

Diffida di pagamento

¹ I membri delle Casse pubbliche o private riconosciute che hanno stipulato una convenzione con lo Stato, in conformità dell'art. 45, 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.

Art. 55, cpv. 1

¹ Le quote personali o familiari dovute dai salariati, assicurati presso una Cassa malati pubblica o privata riconosciuta che ha stipulato una convenzione con lo Stato, in conformità dell'art. 45, devono, su richiesta della Cassa, essere incassate dal datore di lavoro, purchè corrispondano al medesimo periodo di paga o al periodo immediatamente successivo.

Art. 56

Abrogato.

Art. 57, cpv. 2, 4 e 5

² Le convenzioni da stipulare su base cantonale dai rappresentanti delle Casse malati con l'Ordine dei medici, dei farmacisti, con gli stabilimenti di cura, con i chiropratici, le levatrici, il personale sanitario ausiliario e i laboratori, si proporranno di assicurare su tutto il territorio del Cantone, un servizio sanitario vigile ed efficiente, con norme, tasse e condizioni uniformi.

⁴ I Comuni o Consorzi di Comuni possono stipulare una convenzione speciale che rispetti le disposizioni della presente legge e le convenzioni cantonali, in particolare per assicurare il servizio medico nella loro giurisdizione.

⁵ Le convenzioni previste dalla legislazione federale devono essere approvate dal Consiglio di Stato; l'atto di approvazione deve essere pubblicato nel Foglio ufficiale del Cantone per gli eventuali ricorsi al Consiglio federale.

Art. 58

¹ Le Casse malati pubbliche devono riassicurarsi presso l'Istituto cantonale di riassicurazione per :

**Obbligo della
riassicurazione**

- a) il contributo giornaliero alle spese di cura (art. 19) ;
- b) le prestazioni in caso di tubercolosi (art. 21) ;
- c) le prestazioni normali e suppletive in caso di poliomielite o di altre forme di paralisi (art. 22) ;
- d) le prestazioni per gli invalidi, la durata delle quali, conformemente all'art. 15, cpv. 3, seconda frase della presente legge, non può essere computata in quella del diritto alle prestazioni in caso di cura ospedaliera ;
- e) le terapie particolarmente costose stabilite dal regolamento di applicazione (art. 15).

² Su richiesta delle Casse malati pubbliche, l'Istituto cantonale di riassicurazione può istituire nuovi rami di riassicurazione o aumentare le prestazioni riassicurate in conformità del primo capoverso.

Art. 68

¹ Se un assicurato o la persona postulante l'ammissione non accetta una decisione di una Cassa malati, questa deve, entro 30 giorni, emanare una decisione formale e notificarla per iscritto all'interessato, con l'indicazione dei motivi, dei mezzi e del termine di ricorso.

**Decisioni
delle Casse**

² Le contestazioni delle Casse tra loro e con i loro membri o con terzi concernenti diritti invocati dalle parti in virtù della presente legge, della legge federale sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni e delle disposizioni esecutive federali o cantonali o delle disposizioni delle Casse, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

**Tribunale
cantonale delle
assicurazioni**

Art. 69

¹ Le contestazioni tra Casse e medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale sanitario ausiliario, laboratori o stabilimenti di cura, sono decise da un Tribunale arbitrale, con giurisdizione su tutto il Cantone.

**Tribunale
arbitrale**

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

⁴ Le convenzioni devono prevedere una Commissione cantonale paritetica per un esperimento di conciliazione.

Art. 70

**Tribunale
amministrativo**

Contro le decisioni del Consiglio di Stato concernenti lo scioglimento delle Casse pubbliche, in conformità dell'art. 37, e la soppressione temporanea o definitiva dei sussidi alle Casse pubbliche o private, secondo l'art. 71, è dato ricorso al Tribunale amministrativo.

Art. 71, cpv. 1

**Soppressione
di sussidi**

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

- a) non ossequiano alle disposizioni della legislazione cantonale o della convenzione prevista all'art. 45 ;
- b) forniscono informazioni o dichiarazioni inesatte circa la loro situazione, i conti, il domicilio di membri o commettono altre gravi infrazioni.

Art. 72

Abrogato.

II.

Il sottotitolo 3. del Capo II diventa :

- 3. Contributo giornaliero alle spese di cura ospedaliera.

III.

Decorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore con effetto a contare dal 1. gennaio 1967.
