

Messaggio

numero	4474
data	3 gennaio 1996
dipartimento	Opere sociali

Concernente la legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)

Onorevole signor Presidente,
onorevoli signore e signori Consiglieri,
con il presente Messaggio intendiamo sottoporvi la nuova normativa cantonale nel settore dell'assicurazione sociale contro le malattie (LCAMal), in applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994.

1. INTRODUZIONE

In data 4 dicembre 1994 il popolo svizzero ha approvato con 1' 020' 763 voti favorevoli contro 950' 164 contrari (per il Cantone Ticino: 46' 710 sì, contro 23' 852 n.) la nuova Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, contro la quale era stato promosso un referendum.

Il Consiglio federale ha fissato al 1° gennaio 1996 l'entrata in vigore della nuova normativa federale nel settore dell'assicurazione sociale contro le malattie.

L'acquisizione dell'efficacia giuridica da parte della LAMal determinerà automaticamente il decadimento dell'attuale normativa cantonale [Legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie (LCAM), del 28 maggio 1986].

Ciò impone al Cantone di legiferare a sua volta sia per quanto attiene ai compiti espressamente delegati dalla LAMal agli enti cantonali relativamente all'applicazione della legge, sia per quanto riguarda quei capitoli specifici che sono stati definiti di completa competenza dei Cantoni, e che pertanto rientreranno a tutti gli effetti nel quadro del diritto cantonale in materia di assicurazioni sociali.

1.1 Ordinanze della LAMal

Il quadro giuridico definito dalla LAMal è stato ulteriormente completato dalle relative Ordinanze, emanate segnatamente dal Consiglio federale o dal Dipartimento federale dell'interno

Il Consiglio federale ha approvato quattro Ordinanze, e precisamente:

- Ordinanza concernente l'entrata in vigore e l'introduzione della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, del 12 aprile 1995;
- Ordinanza concernente i sussidi della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie, del 12 aprile 1995;
- Ordinanza sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie, del 12 aprile 1995;
- Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), del 27 giugno 1995, che può essere considerata l'ordinanza principale.

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha a sua volta approvato l'ultima ordinanza concernente la LAMal, e precisamente l'Ordinanza concernente le prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza concernente le prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie) [O Pre.], del 29 settembre 1995.

A proposito di quest'ultima normativa, il DFI specifica nel relativo commento che lo stesso Dipartimento ha sottolineato fin dal principio che bisognava attenersi a una via media. Non si può mettere tutto a carico dell'assicurazione malattia sociale. I bisogni che dipendono da scelte personali possono essere coperti da assicurazioni complementari. Il nuovo catalogo di prestazioni (comprendente quelle di legge e quelle dell'ordinanza dipartimentale) è di certo completo, ma non lussuoso. Nel corso dei lavori, l'impostazione è stata quella di "cominciare modestamente". Questo permette in ogni caso di aggiungere più tardi, in tutta conoscenza di causa, altre prestazioni, tenendo conto da un lato dei bisogni dei pazienti e dall'altro delle conseguenze finanziarie per l'assicurazione malattie.

Contrariamente a quanto auspicato dal nostro Cantone, nel settore dello SPITEX non è stato compreso l'aiuto domestico, mentre le prestazioni sanitarie sono state lievemente potenziate rispetto al quadro definito dal diritto cantonale, che si distingueva sul piano nazionale per un catalogo di prestazioni obbligatoriamente a carico degli assicuratori più esteso rispetto al quadro federale definito dalla vigente Legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LAMI).

2. CONTENUTI DELLA NUOVA LAMAL

Uno degli obiettivi del nuovo ordinamento federale è quello di definire una situazione omogenea su tutto il

territorio nazionale per quanto riguarda il settore dell' assicurazione contro le malattie.

In particolare attraverso la LAMal e le relative Ordinanze si intende dar corpo ad un concetto assicurativo obbligatorio relativo alle cure medico-sanitarie che sia in grado di offrire prestazioni di qualità e nello stesso tempo complete per ogni tipo di affezione.

Il cittadino che opta per la sola assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie può pertanto contare su una gamma completa di prestazioni di qualità.

Chi, per contro, intendesse ampliare queste prestazioni, potrà ricorrere alle assicurazioni complementari alla copertura obbligatoria, ma su questo aspetto specifico ritorneremo in prosieguo di disamina.

La normativa attuale nel settore dell' assicurazione contro le malattie (LAMI) risale al 1911.

È palese che con uno strumento datato, quale per l' appunto la LAMI, non si possa più rispondere in modo adeguato e confacente alle sollecitazioni poste attualmente dal profilo medico-sanitario.

Considerato l' immobilismo che ha caratterizzato negli anni trascorsi questa problematica sul piano federale, taluni Cantoni hanno percorso vie autonome, creando un loro assetto specifico nel settore dell' assicurazione contro le malattie.

Talaltri, per contro, non hanno operato alcun intervento innovatore, restando pertanto fermi ai disposti della LAMI e determinando in tal modo la formazione in Svizzera di un quadro tutt' altro che omogeneo dal profilo dell' assicurazione contro le malattie, con tutti gli svantaggi e le discriminazioni conseguenti per i cittadini di Cantoni poco - o per nulla - propositivi.

Tra i primi è giusto e doveroso annoverare, in particolare, il nostro Cantone, che in questo settore si è distinto sul piano nazionale per lungimiranza e soprattutto per apertura sociale.

Già nel 1962 ha proposto una Legge sull' assicurazione obbligatoria e facoltativa contro le malattie; normativa che introduceva i primi presupposti di solidarietà in un settore caratterizzato fino ad allora solo dal principio della mutualità.

Successivamente, con la Legge sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie (del 28 maggio 1986), il Cantone Ticino si è dotato di una normativa estremamente avanzata sul piano nazionale, al punto che i principi direttori della stessa sono serviti da base e da spunto per l' approntamento della LAMal.

2.1 LAMal come assicurazione sociale

La LAMal non si caratterizza soltanto per l' aspetto di protezione assicurativo-sanitaria della popolazione svizzera, ma si configura anche come una vera e propria assicurazione sociale.

I fondamenti sociali della LAMal coincidono con quelli espressi nella nostra Legge cantonale (LCAM), con particolare riferimento, segnatamente, ai seguenti principi direttori:

- a) solidarietà;
- b) obbligatorietà assicurativa;
- c) libero passaggio relativamente all' assicurazione di base;
- d) pacchetto di prestazioni.

2.2 Componenti della LAMal

La LAMal è un' assicurazione sociale che si compone di due segmenti specifici:

- a) l' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cure ambulatoriali, ospedaliere e medicinali);
- b) l' assicurazione facoltativa di indennità giornaliera.

L' assicurazione sociale contro le malattie garantisce le prestazioni in caso di malattia, infortunio (per quanto non già a carico di un' assicurazione specifica contro gli infortuni) e maternità.

2.2.1 Assicuratori

L' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie può essere gestita:

- a) dalle Casse malati;
- b) dagli istituti d' assicurazione privati, se a tale scopo autorizzati.

2.2.1.1 Casse malati

Le Casse malati sono persone giuridiche e diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano in primo luogo l' assicurazione sociale contro le malattie.

Le Casse malati possono inoltre offrire, oltre all' assicurazione sociale contro le malattie ai sensi della LAMal, anche:

- a) assicurazioni complementari;
- b) altri rami d' assicurazione.

A questo riguardo il Messaggio concernente la LAMal specifica quanto segue:

- Qualunque sia la loro forma giuridica, è proprio delle Casse malati di non perseguire alcun profitto, e questo anche nell' ambito delle assicurazioni complementari. Inoltre, esse sono per definizione istituti di assicurazione sociale, visto che l' assicurazione malattia sociale deve costituire la loro attività principale. (...). Le indennità in capitale che le Casse malati potranno continuare ad offrire prevedono un' indennità in caso di decesso o di invalidità per un importo massimo di fr. 6' 000.- e un' indennità massima di fr. 70' 000.- per invalidità a seguito di paralisi (art. 14 OAMal).

2.2.1.2 Autorizzazione [art. 13 LAMal]

Il Dipartimento federale dell' interno autorizza gli istituti d' assicurazione che adempiono i requisiti della

LAMal ad esercitare l'assicurazione sociale contro le malattie.

Gli assicuratori, in particolare, devono:

- a) esercitare l'assicurazione sociale contro le malattie secondo il principio della mutualità e garantire la parità di trattamento degli assicurati, destinando a soli scopi d'assicurazione sociale contro le malattie i fondi provenienti da quest'ultima;
- b) disporre di un'organizzazione e di una gestione garante delle prescrizioni legali;
- c) essere sempre in grado di soddisfare gli obblighi finanziari;
- d) esercitare nel contempo l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo quanto definito dalla LAMal;
- e) avere una sede in Svizzera.

2.2.2 Assicurazioni complementari

Accanto all'assicurazione relativa alle prestazioni obbligatorie vi è la possibilità, come già si verifica attualmente, di accendere assicurazioni complementari facoltative, tra le quali le più conosciute riguardano la copertura dei costi nel settore semiprivato e privato relativamente alle cure stazionarie.

A partire dal 1° gennaio 1996 tuttavia queste assicurazioni complementari saranno rette dal diritto privato, e saranno quindi impostate a partire da contratti di diritto privato.

Nella fattispecie sarà pertanto applicabile la Legge federale sul contratto d'assicurazione (del 2 aprile 1908) e l'autorità di vigilanza sarà l'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP).

2.3 Solidarietà nella LAMal

Attraverso la LAMal, si introduce sul piano nazionale il concetto di solidarietà nell'assicurazione sociale contro le malattie.

Questo principio non era contemplato nel quadro giuridico definito dalla LAMI, che si limitava al concetto di mutualità.

Come già rilevato, le linee direttrici su cui sono impostati i concetti di solidarietà nella LAMal ricalcano quelle definite dal vigente diritto cantonale in materia di assicurazione contro le malattie.

Si configurano pertanto tre livelli di solidarietà, e segnatamente:

- a) tra gli assicurati, all'interno dei singoli assicuratori;
- b) nei confronti dei cittadini meno abbienti;
- c) tra gli assicuratori.

2.3.1 Solidarietà tra gli assicurati, all'interno dei singoli assicuratori

Questo principio comporta la definizione di un premio uniforme all'interno del medesimo assicuratore (premio unico per grandi gruppi di assicurati: minorenni, giovani in formazione fino a 25 anni e adulti), realizzando in tale modo la solidarietà tra:

- donne e uomini;
- giovani e anziani;
- cittadini sani e malati.

In particolare nel settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sarà più contemplata la possibilità di praticare un premio ridotto per le assicurazioni collettive, riprendendo un principio in tal senso già definito a suo tempo dalla LCAM, ma poi giudicato incompatibile con il vigente diritto federale da una sentenza del TFA nei confronti della quale sussiste pur sempre qualche perplessità. Per gli assicurati di età inferiore a 18 anni - o per i giovani in formazione fino a 25 anni l'assicuratore è tuttavia tenuto a praticare premi più bassi rispetto agli assicurati adulti.

È per contro mantenuta la possibilità per i singoli assicuratori di definire premi diversi, rispondendo in tal modo ad uno dei criteri portanti della LAMal: il principio della concorrenza tra partners nel settore assicurativo.

Si può infine individuare anche una "solidarietà verso se stessi" (previdenza), nel senso che ogni assicurato ha la garanzia che il suo premio per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non aumenterà in funzione del rischio rappresentato (e quindi, in particolare, con l'avanzare dell'età).

2.3.1.1 Premi assicurativi

La LCAMal definisce tre grandi categorie di premi assicurativi:

- a) il premio per assicurati adulti;
- b) il premio per assicurati di età inferiore a 18 anni;
- c) il premio per giovani in formazione, di età compresa tra 18 e 25 anni.

Giusta l'art. 61 cpv. 3 LAMal, gli assicuratori devono stabilire un premio più basso per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni, rispettivamente 25 anni per i giovani che stanno svolgendo una formazione (tirocinio, studi).

Il Legislatore ha rinunciato per motivi di libera concorrenza a fissare una riduzione uniforme del premio per questa categoria di assicurati.

Il premio per adulti dovrà essere corrisposto a partire dalla fine dell'anno in cui l'assicurato compie 18 anni, rispettivamente 25 anni per giovani in formazione.

I premi assicurativi devono garantire l'autosufficienza finanziaria distintamente per ogni ramo assicurativo.

In particolare deve valere il principio secondo cui i diversi rami assicurativi devono essere autosufficienti, con

relativo divieto di finanziamenti trasversali da ramo a ramo.

Inoltre gli assicuratori devono costituire per ogni ramo assicurativo le riserve e gli accantonamenti necessari per i casi di assicurazione non liquidati.

La LAMal e l' OAMal definiscono i principi che presidono alla costituzione delle riserve.

Per le forme particolari di assicurazione (assicurazioni con bonus, scelta limitata del fornitore di prestazioni e franchigie opzionali), l' assicuratore riduce il premio ai sensi delle disposizioni previste dalla legge federale e dalla relativa ordinanza principale.

Non vengono comunque fissati importi massimi per i premi dell' assicurazione delle cure medico-sanitarie, come invece lo era durante il periodo di vigenza del diritto federale d' urgenza (DFU).

I premi assicurativi sono definiti a partire dai costi assicurativi ripartiti all' interno della singola comunità di rischio in base al principio della mutualità.

Di seguito viene illustrata la situazione relativa al costo per assicurato nel Cantone Ticino I dati si riferiscono all' anno 1994 e sono tratti dalla documentazione del Concordato degli Assicuratori Malattie Svizzeri (CAMS) relativa alla compensazione dei rischi definitiva per l' anno 1994.

Costo annuo per assicurato (Cantone Ticino, 1994):

FASCIA D' ETA'	UOMINI	DONNE
18 - 25	703.75	1' 129.85
26 - 30	808.69	1' 536.05
31 - 35	940.48	1' 657.86
36 - 40	983.13	1' 556.67
41 - 45	1' 174.40	1' 635.33
46 - 50	1' 488.65	1' 894.93
51 - 55	1' 784.76	2' 294.70
56 - 60	2' 297.04	2' 470.76
61 - 65	2' 834.35	2' 856.65
66 - 70	3' 671.02	3' 519.26
71 - 75	4' 180.24	3' 941.36
76 - 80	5' 101.03	4' 837.87
81 - 85	5' 760.01	5' 406.83
86 - 90	6' 421.86	6' 115.69
+ 91	6' 782.68	5' 994 07

Nell' ALLEGATO 3 si presentano i grafici di confronto tra i costi per assicurato del Cantone Ticino con la media nazionale e con altre realtà cantonali.

2.3.2 Solidarietà con gli assicurati meno abbienti

In questo settore si opera uno dei più grandi e importanti mutamenti di rotta rispetto alla situazione vigente. Con il regime LAMI i sussidi federali - 1.3 miliardi di franchi - erano destinati da parte della Confederazione alle Casse malati in base al numero degli assicurati iscritti e alle stratificazioni per grandi gruppi di età.

Obiettivo dei sussidi federali era quello di abbassare il premio in maniera generalizzata nei confronti di tutti gli assicurati.

Con questo stato di cose, agli effetti pratici tutti gli assicurati risultavano sussidiati, compresi coloro i quali potevano contare su situazioni economiche agiate.

Con la LAMal si riprende per contro - e si generalizza - il sistema definito dal diritto ticinese in materia di sussidi agli assicurati: gli stessi sono infatti destinati in forma mirata agli assicurati a partire dal criterio della loro situazione economica.

Viene pertanto a cadere l' effetto ad annaffiatoio, e le sovvenzioni nell' assicurazione contro le malattie si caratterizzano quindi come sussidi sociali "alla spesa".

Questa riconversione del principio del sussidiamento nei modi sopra indicati avrà come effetto l' aumento del premio assicurativo lordo, valutato, per quanto riguarda il Cantone Ticino, nell' ordine del 10% per questo solo aspetto.

Per gli assicurati di condizione economica modesta tale aumento di premio sarà tuttavia compensato dal sussidio soggettivo.

La Confederazione eleverà inoltre i suoi contributi a 2 miliardi di franchi entro il 1999, mentre i Cantoni, dal canto loro, saranno tenuti a completare questi sussidi federali con un contributo proprio complessivo di 1 miliardo di franchi.

In totale quindi l' assicurazione sociale contro le malattie potrà contare su 3 miliardi di franchi da destinare ai cittadini svizzeri meno abbienti per un aiuto sociale nel quadro del pagamento dei premi.

Nel 1994 i sussidi federali e cantonali nel loro complesso ammontavano a 2 miliardi di franchi, e meglio:

- Confederazione (sussidi "annaffiatoio"): 1.3 mia;
- Confederazione (DFU): 0.1 mia;
- Cantoni (complessivamente): 0.6 mia.

2.3.3 Solidarietà tra gli assicuratori

La compensazione dei rischi - definita secondo il principio approvato fin dal 1991 dal Cantone Ticino (anche se congelato poi nei suoi effetti giuridici dal diritto federale d'urgenza) - avrà il compito di riequilibrare il premio tra assicuratori.

Il meccanismo su cui si basa la compensazione dei rischi è duplice, e si concretizza come segue:

- prelievo di un contributo di solidarietà presso gli assicuratori che contano tra gli affiliati un' eccedenza di buoni rischi (assicurati giovani e di sesso maschile);
- versamento di questo importo agli assicuratori che a causa della composizione variegata dei rischi devono praticare premi attuariali più alti. Queste (entrate di solidarietà) consentiranno di calmierare i premi praticati da questi assicuratori.

Il procedimento legato alla compensazione dei rischi prevede 31 gruppi di età: 15 fasce d'età per uomini e altrettante per donne suddivise per 5 anni e una fascia per giovani fino a 17 anni.

Di seguito sono illustrati i dati della compensazione dei rischi per l'anno 1996 (dati 1994 + 5%) relativi al Cantone Ticino

DONNE			
<u>Fascia di età</u>	<u>Fr./anno per assicur.</u>	<u>N° assicurati</u>	<u>Totale in mio</u>
18 - 25	- 925.8	16' 355	- 15.6
26 - 30	- 583.2	13' 313	- 7.8
31 - 35	- 465.6	12' 470	- 5.8
36 - 40	- 560.4	11' 035	- 6.2
41 - 45	- 498.0	10' 704	- 5.3
46 - 50	- 249.6	11' 162	- 2.8
51 - 55	146.4	10' 161	1.5
56 - 60	320.4	8' 869	2.8
61 - 65	723.6	8' 398	6.1
66 - 70	1' 395.6	7' 725	10.8
71 - 75	1' 832.4	7' 023	12.9
76 - 80	2' 739.6	5' 402	14.8
81 - 85	3' 312.0	4' 601	15.5
86 - 90	4' 048.8	2' 598	10.5
+ 91	3' 926.4	1' 120	4.4
			+ 35.8

UOMINI			
<u>Fascia di età</u>	<u>Fr./anno per assicur.</u>	<u>N° assicurati</u>	<u>Totale in mio</u>
18 - 25	- 1' 347.6	16' 116	- 21.7
26 - 30	- 1' 272.0		- 16.5
31 - 35	- 1' 142.4		- 13.8
36 - 40	- 1' 102.8		- 12.5
41 - 45	- 920.4		- 9.7
46 - 50	- 615.6		- 6.6
51 - 55	- 325.2		- 3.2
56 - 60	175.2		1.5
61 - 65	717.6		5.1
66 - 70	1' 564.8		8.7
71 - 75	2' 094.0		9.8

76 - 80	3' 026.4		9.4
81 - 85	3' 691.2		8.2
86 - 90	4' 339.2		4.1
+ 91	4' 669.2		1.3
			- 35.9

[Fonte: CAMS (doc. già citati)]

2.4 Obbligatorietà assicurativa

La LAMal estenderà l'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie su tutto il piano nazionale. Il concetto di solidarietà poc' anzi evidenziato non può trovare compimento se non attraverso la partecipazione solidale di tutta la comunità di rischio, da cui l'introduzione dell'obbligo d'assicurazione. Non si tratta quindi di un'obbligatorietà fine a se stessa o finalizzata a soli obiettivi di protezione assicurativo-sanitaria della popolazione, ma anche di un vero e proprio supporto sociale al principio cardine della solidarietà.

Oltre tutto non si configurerà come un'obbligatorietà a senso unico: l'assicurato conserverà infatti la possibilità, nell'ambito di un medesimo pacchetto di prestazioni, di:

- scegliere liberamente l'assicuratore;
- cambiare d'assicuratore;
- optare per forme particolari di assicurazione (assicurazione con franchigia più elevata, con bonus, con scelta limitata del fornitore di prestazioni), mantenendo tuttavia il pieno diritto di rientrare nell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie qualora così fosse il suo intendimento.

2.5 Libero passaggio integrale

Questo principio, limitato all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, consente agli assicurati ogni libertà di scelta e di movimento nel campo degli assicuratori. Dal canto suo ogni assicuratore sarà obbligato ad affiliare il postulante indipendentemente dall'età o dallo stato di salute, senza per questo praticare riserve, pretendere tasse di ammissione, imporre periodi di noviziato o subordinare l'ammissione a precedenti periodi di appartenenza ad un altro assicuratore.

Questi principi sono d'altronde i medesimi già definiti dal diritto ticinese in materia di assicurazione sociale contro le malattie.

Bisogna tuttavia specificare che siccome questa prassi non trovava riscontro sul piano nazionale, per gli assicurati anziani si potevano manifestare delle difficoltà nel far valere questo diritto.

Con la LAMal il libero passaggio integrale nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie diventa in via definitiva e generalizzata un importante strumento di concorrenza nelle mani degli assicurati.

L'esistenza di un'eventuale assicurazione complementare non ostacola questo libero passaggio: un assicurato può, secondo le modalità fissate dalla LAMal, cambiare liberamente assicuratore per l'assicurazione sociale contro le malattie, anche se un eventuale contratto d'assicurazione complementare lo vincola ancora al primo assicuratore per un certo tempo.

2.5.1 Cambiamento d'assicuratore nell'assicurazione sociale contro le malattie

Nell'assicurazione sociale contro le malattie l'assicurato può sempre cambiare assicuratore per la fine di un semestre di un anno civile, con preavviso di tre mesi.

In caso di aumento di premi, dopo la notifica l'assicurato può comunque cambiare assicuratore per la fine di un mese qualsiasi, con preavviso di un mese.

Gli assicuratori devono notificare gli aumenti dei premi con almeno due mesi d'anticipo e nel contempo informare gli assicurati sul diritto di disdetta.

Se la disdetta avviene tempestivamente subito dopo la notifica dell'aumento di premio, il cittadino che lascia quel determinato assicuratore non deve in alcun modo e per alcun periodo subire la conseguenza di un premio più alto.

2.6 Prestazioni ex LAMal

La LAMal prevede un ventaglio di prestazioni obbligatorie a carico degli assicuratori molto più esteso rispetto alla situazione oggi definita dalla LAMI.

Tra le innovazioni sul piano federale - del resto per larga parte già contemplate nel diritto ticinese vigente - sottolineiamo in particolare:

- il riconoscimento delle prestazioni per una durata illimitata nell'ambito dei soggiorni ospedalieri (camera comune);
- ampliamento e consolidamento delle cure a domicilio (SPITEX);
- misure di prevenzione, sia nella forma di provvedimenti specifici di medicina preventiva, sia come campagne informative di educazione sanitaria e di prevenzione dei comportamenti a rischio rivolte alla popolazione;
- infortunio compreso nell'assicurazione di base in quanto non già riconosciuto da un altro assicuratore;
- prestazioni per infortunio allargate anche all'apparato dentario e al sistema masticatorio;
- riconoscimento delle cure dentarie nell'ambito di malattie gravi;

- riconoscimento delle cure all' estero a seguito di soggiorni temporanei (ma non per trattamenti volontari);
- cure balneari: riconoscimento di un importo forfetario di fr. 10.- giornalieri, limitati a 21 giorni per anno civile, per le prestazioni che gli assicuratori non devono già assumere in virtù di obblighi particolari (misure medico-sanitarie, fisioterapia, ...);
- degenza in casa di cura (case per anziani): l' assicuratore deve assumere le medesime prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio.

TIPO DI PRESTAZIONE (elenco non esaustivo):

CANTONE TICINO	Già riconosciuto	Non ancora riconosciuto
Ospedali: degenza illimitata	x	
Cure a domicilio	x	
Cure in istituto per anziani*	x	
Trasporto	x	
Infortunio (sussidiario)	x	
Infortunio dentario		x
Degenza extracantonale	x	
Cure all' estero (soggiorno temporaneo)	x	
Esami ginecologici preventivi	x	
Altre misure di prevenzione		x
Cure dentarie (malattie gravi)		x
Vaccinazioni		x

* Attualmente nel nostro Cantone gli assicuratori riconoscono un importo forfetario giornaliero di fr. 20.- per ospite completamente dipendente.

In futuro questo importo potrà essere aumentato in misura anche molto importante.

2.7 Diritto di surroga

È data facoltà all' assicuratore di subentrare, fino all' ammontare delle prestazioni di legge, nei diritti dell' assicurato contro il terzo responsabile.

2.8 Convenzioni

Gli aspetti tariffali continueranno ad essere definiti dalle parti (assicuratori e fornitori di prestazioni) nell' ambito di accordi convenzionati.

Quest' ultimi dovranno ottenere l' approvazione del Governo cantonale oppure, se vevolevoli per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale.

L' autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità.

La struttura tariffaria sarà stabilita in modo uniforme sul piano nazionale, mentre potrà essere negoziato il valore del punto a livello di singole realtà cantonali.

Inoltre le convenzioni dovranno contenere:

- norme finalizzate alla garanzia di qualità delle prestazioni;
- indicazioni circa il sistema di pagamento (terzo pagante o terzo garante).

2.9 Pianificazione cantonale

Ogni Cantone dovrà procedere alla pianificazione delle proprie risorse sanitarie - con particolare riguardo alle strutture stazionarie pubbliche o private (ospedali e case di cura) - in rapporto a criteri comprovati che fanno capo al fabbisogno sanitario che si manifesta a livello di popolazione.

Il Cantone Ticino ha già dal canto suo provveduto a definire una propria pianificazione preliminare relativa agli stabilimenti per malattie acute, a partire dai disposti di cui all' art. 8 del DFU 9.10.1992.

2.10 Partecipazione dell' assicurato ai costi della malattia

Sarà ancora esatta una partecipazione da parte dell' assicurato sotto forma di una franchigia e di un' aliquota percentuale (10%) per la parte di spesa che eccede l' importo della franchigia.

La franchigia ordinaria resta fissata a fr. 150.- per anno civile, mentre la partecipazione complessiva del singolo assicurato (franchigia + aliquota percentuale) non può superare fr. 750.- per anno civile nei casi di franchigia ordinaria.

Questa partecipazione, intesa a promuovere la responsabilità individuale dei singoli cittadini, sarà esatta per tutte le prestazioni, ad eccezione della maternità o di malattie gravi o di lunga durata (dialisi, medicinali nel caso di trapianti di organi, trattamenti per diabetici insulino-dipendenti).

Oltre a ciò è previsto un contributo ai costi di degenza ospedaliera nella misura di fr. 10.- giornalieri.

Tale contributo non è però richiesto agli assicurati con obblighi di sostentamento o per le prestazioni di maternità.

2.11 Misure di contenimento dei costi

Attraverso la LAMal vengono stabiliti dei principi di fondo finalizzati al contenimento dei costi nel settore della malattia.

Tali misure sono per l' essenziale di tipo ordinario, nel senso che il loro effetto si esplica a livello di partners. Solo quando questa dinamica tra le parti non dovesse produrre gli effetti auspicati, la legge consente all' autorità esecutiva (Governo cantonale o federale) di intervenire.

Le misure ordinarie finalizzate al contenimento dei costi si possono sintetizzare in due grandi settori, e segnatamente:

a) maggiore concorrenza tra gli assicuratori con il libero passaggio integrale, l' offerta di forme particolari di assicurazione (franchigie elevate, bonus, scelta limitata del fornitore di prestazioni), l' apertura agli assicuratori privati e stranieri, la tariffa forfetaria, la tariffa temporale, il budget globale;

b) maggiore concorrenza nel settore delle cure medico-sanitarie ambulatoriali da parte dei fornitori di prestazioni (medici, farmacisti ecc.), con il divieto di stabilire accordi cartellistici e con la possibilità di sottoscrivere anche singolarmente convenzioni separate più vantaggiose;

c) maggior controllo nel settore ospedaliero limitatamente alle prestazioni a carico totale o parziale dell' assicurazione sociale obbligatoria, grazie a una pianificazione cantonale o intercantonale che garantisca la copertura del fabbisogno ospedaliero e delle case di cura per lungodegenti, nel rispetto del criterio di economicità e grazie alla possibilità di applicare nuovi modelli tariffali.

Le misure di tipo straordinario si possono così sintetizzare:

a) blocco delle tariffe decretato dal Governo cantonale (o federale se la fattispecie interessa il piano nazionale) quando i costi aumentano del doppio rispetto all' evoluzione dell' indice dei prezzi e dei salari;

b) risarcimento negato nel caso di comprovati trattamenti antieconomici (con ritiro dell' autorizzazione a praticare a carico dell' assicurazione sociale contro le malattie nel caso di fornitori di prestazioni recidivi).

2.12 Indennità giornaliera in caso di maternità

Nell' assicurazione facoltativa d' indennità giornaliera, in caso di maternità e di parto, se sono ottemperate le clausole relative al periodo di appartenenza, l' assicuratore deve versare l' indennità durante 16 settimane (10 settimane in base al vigente diritto).

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

Obiettivo della nuova normativa cantonale nel settore dell' assicurazione sociale contro le malattie - oltre, beninteso, quello di legiferare in materia sulla base dei principi di fondo indicati nella parte iniziale di questo messaggio (cfr. INTRODUZIONE) - è anche quello di offrire un quadro di riferimento il più completo possibile relativo alle linee direttrici stabilite dal diritto federale che entrerà in vigore il 1° gennaio 1996.

Il testo legislativo è articolato in undici compartimenti distinti, che definiscono i principi di fondo relativamente ai seguenti campi specifici:

- 3.1 Disposizioni generali;
- 3.2 Obbligo d' assicurazione;
- 3.3 Esazioni e pagamenti;
- 3.4 Sussidi agli assicurati;
- 3.5 Pianificazione;
- 3.6 Convenzioni;
- 3.7 Contenzioso;
- 3.8 Disposizioni penali;
- 3.9 Disposizioni transitorie;
- 3.10 Disposizioni abrogative;
- 3.11 Modifica di altre leggi.

Di seguito questi singoli settori saranno illustrati nei loro tratti sostanziali.

Il commento ad ogni singolo articolo [CAPITOLO 5] offrirà successivamente una disamina di dettaglio.

3.1 Disposizioni generali

Viene specificato, al proposito, che la LCAMal si applica alle persone soggette al nuovo diritto federale sia in forma obbligatoria che facoltativa.

Che la LCAMal si rivolga alle persone soggette all' obbligo d' assicurazione, appare pacifico e scontato.

Si precisa però che anche le persone che accedono all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie a titolo facoltativo - e questo in base ai disposti della LAMal e dell' OAMal - possono godere di ogni protezione di diritto, in particolare sia per quanto riguarda le condizioni di ammissione all' assicurazione relativamente alle cure medico-sanitarie, sia per ciò che attiene al contenzioso (possibilità di adire il Tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie con gli assicuratori).

Analoga possibilità riguardante il contenzioso deve peraltro essere contemplata anche relativamente al settore specifico dell' assicurazione di indennità giornaliera; campo assicurativo definito facoltativo ex lege. Costituisce eccezione il capitolo concernente i sussidi agli assicurati, che si applica esclusivamente alle

persone soggette all' obbligo d' assicurazione.

Si specifica poi, in particolare, che gli assicuratori devono svolgere come in passato i compiti loro assegnati dalla LCAMal senza richiedere indennizzo alcuno al Cantone, e segnatamente in relazione ai seguenti aspetti:

- a) applicazione del sussidio agli assicurati (con relative procedure amministrative di controllo dettate dall' autorità cantonale di vigilanza);
- b) obbligo di fornire informazioni agli enti pubblici, e in particolare all' autorità cantonale di vigilanza;
- c) obbligo di rispettare le procedure amministrative impartite nel settore del controllo dell' obbligo assicurativo.

Bisogna infatti ricordare che ci troviamo in un quadro di assicurazione sociale.

Per l' applicazione dell' assicurazione sociale, due potevano essere gli orientamenti dello Stato:

- a) intervenire in via diretta attraverso l' offerta di un' assicurazione pubblica;
 - b) lasciare il mercato assicurativo a organizzazioni private (Casse malati o istituti di assicurazione privati);
- Il Cantone Ticino (come in genere stanno facendo gli altri Cantoni) ha scelto di lasciare tutto il mercato assicurativo a organizzazioni private.

La concorrenza tra i diversi assicuratori con la garanzia di libero passaggio integrale e la vigilanza del Consiglio federale tramite l' UFAS sui preventivi, sul bilancio, sul conto d' esercizio e sul rapporto di gestione, dovrebbero garantire gli interessi fondamentali degli assicurati.

Gli assicuratori, per essere riconosciuti ed autorizzati dall' autorità federale ad esercitare l' assicurazione sociale contro le malattie, hanno dovuto del resto impegnarsi ad operare nel contesto di precisi dettami ed esigenze propri di un' assicurazione sociale, e in particolare a rispettare i principi sociali definiti ex lege. Una loro libera scelta, dunque, quella di operare in un contesto che, essendo un' assicurazione sociale, implica non solo la gestione pura e semplice di pacchetti assicurativi, ma anche la necessità di sottostare a quei compiti o a quelle misure di carattere pubblico derivanti da un' assicurazione sociale ed obbligatoria. Gli oneri sopra definiti sono parte integrante del compito di interesse pubblico che gli assicuratori accettano liberamente di svolgere. I compiti connessi devono pertanto essere svolti in modo economico dall' amministrazione degli assicuratori.

In particolare all' autorità cantonale di vigilanza devono essere assicurate e garantite, all' occorrenza, tutte le informazioni riguardanti ogni aspetto relativo alla singola pratica assicurativa.

Compito dell' autorità cantonale di vigilanza sarà anche quello di fungere da ombudsman nel quadro dell' assicurazione sociale relativamente al Cantone Ticino, e questo nell' obiettivo di perseguire una duplice finalità:

- a) da un lato quella di garantire un servizio di qualità al cittadino sottoposto ex lege ad un obbligo assicurativo;
 - b) dall' altro quella di dirimere, nella misura del possibile, le vertenze minori, al fine di evitare che ogni contestazione abbia a sfociare in un ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale arbitrale; e questo per non creare aggravii amministrativi eccessivi all' autorità giudiziaria.
- Per raggiungere le finalità di cui sopra, le informazioni provenienti dagli assicuratori assumono un' importanza primaria e fondamentale.

Rammentiamo infine che con il nuovo diritto federale il nostro Cantone non potrà più richiedere per legge dagli assicuratori la presentazione di piani contabili cantonali generali relativi alla pratica assicurativa (facoltà, questa, contemplata dall' attuale diritto cantonale). Come specificato in precedenza, ogni controllo contabile sarà strettamente riservato all' autorità federale, e all' Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), in particolare, per quanto attiene all' assicurazione obbligatoria. Per contro il Cantone esigerà in forma dettagliata i documenti contabili relativi all' applicazione dei sussidi soggetti agli assicurati. Questa facoltà è data dal fatto che i criteri che presiedono ai sussidi agli assicurati soggiacciono al diritto cantonale. È tuttavia importante che anche il Consiglio di Stato sia messo in condizione, tramite l' Istituto delle assicurazioni sociali, di verificare l' evoluzione dei costi tramite la trasparenza delle tariffe (motivazioni delle variazioni, con indicazione della causa e del loro peso). Altrimenti la scelta di lasciare questo mercato assicurativo unicamente in mano ad assicuratori privati potrebbe essere rimessa in discussione.

3.1.1 I premi per il 1996

Vivaci reazioni ha suscitato la recente pubblicazione dei premi 1996 per il Cantone Ticino comunicati dagli assicuratori all' UFAS entro la data stabilita del 30 settembre 1995.

Questi premi sollevano interrogativi inquietanti per l' importanza media dell' aumento (se si comparano dati omogenei l' aumento medio proposto è dell' ordine del 18.1%), per le differenze di aumento tra Casse malati diverse (sempre comparando dati omogenei si va dal + 10% al + 37%) e per le differenze di premio tra una Cassa e un' altra dell' ordine del 40%.

Differenze che, considerato che le prestazioni devono essere identiche e che viene applicata una sempre più raffinata compensazione dei rischi, non appaiono per nulla giustificate.

L' UFAS, da noi interpellato, ha riconosciuto la validità dei nostri interrogativi ma non è in grado di dare una risposta in merito, perché la verifica di tutti i premi proposti dagli assicuratori non ha ancora avuto luogo e

richiederà alcuni mesi.

Restiamo tutti in attesa di una risposta che dovrà essere precisa ed esaustiva.

Al momento della stesura di questo Messaggio la situazione appare ancora in evoluzione, per cui non è possibile tracciare un quadro definitivo.

Nell'immediato prosieguo di tempo si potrà disporre di dati consolidati.

Il quadro complessivo della situazione può essere riassunto nei seguenti termini:

a) Il Cantone Ticino presentava nel 1994, secondo i dati forniti dal CAMS nel quadro della già citata compensazione dei rischi, dei costi per assicurato molto elevati in rapporto alla media svizzera (+ 25.2%).

	SVIZZERA		TICINO	
	costo medio	% per cat.	costo medio	% per cat.
Giovani	553.-	23.43%	666.-	17.31%
Donne	2' 025.-	44.04%	2' 394.-	43.81%
Uomini	1' 401.-	38.64%	1' 798.-	38.44%
Generale	1' 482.-	100.00%	1' 856.-	100.00%

b) Questo maggior costo è giustificato in parte da una struttura della popolazione con meno giovani di età inferiore a 18 anni (- 18% circa) e più adulti di età superiore a 50 anni, in particolare donne (+ 10% circa). Se noi avessimo una struttura della popolazione uguale a quella nazionale, mantenendo i nostri costi medi per fasce d'età, la differenza rispetto alla media nazionale scenderebbe dal + 25.2% al + 19.6%.

c) Resta quindi un maggior costo del 20% circa dovuto a tutte le classi di età, sia maschili che femminili, ma con un maggior peso quasi per ogni classe di età da parte

degli uomini che risultano in media più costosi del 25% circa, contro il 15% delle donne e il 20% dei giovani.

d) Il maggior costo medio sale al 65% (!) se confrontato con il costo medio degli 11 Cantoni più economici che rappresentano il 28% degli assicurati (LU, UR, NVV, GL, ZG, AR, AI, SG, GR, AG, TG).

e) Questi maggiori costi possono essere spiegati:

1. con un maggior ventaglio di prestazioni riconosciute nel 1994 nel nostro Cantone;

2. con un maggior "consumo" medio di cure medico-sanitarie, sia ambulatoriali che ospedaliere da parte dei cittadini ticinesi.

È probabile che entrambe le cause entrino in gioco. È comunque sicuro che il numero di prestazioni riconosciute in Ticino prima della LAMal era superiore a quello medio nazionale e molto superiore a quello di alcuni Cantoni anche se, da solo, non basta certo a giustificare né il 25% del maggior costo rispetto alla media svizzera, né il 65% rispetto agli 11 Cantoni più economici.

L'esistenza nel 1994 di un maggior ventaglio di prestazioni riconosciute rispetto agli altri Cantoni dovrebbe comunque comportare un aumento medio dei nostri premi per l'anno 1996 inferiore a quello medio nazionale.

f) L'allegato 3 illustra la situazione qui evocata.

g) La soppressione dei sussidi della Confederazione penalizza maggiormente il Ticino rispetto ad altri Cantoni a causa del minor numero di giovani (che non beneficiano di sussidi federali LAMI) e del maggior numero di anziani (che beneficiano di un sussidio LAMI pari a fr. 60.87/mese per persona).

Questa maggior penalizzazione è tuttavia inferiore all'1% del totale dei premi.

Si tratta quindi di un aspetto trascurabile.

3.1.2 Servizio medico nelle regioni di montagna

Questo particolare servizio era contemplato nella LAMI, la quale considerava sussidi particolari all'indirizzo dei Cantoni che ne prevedevano l'attuazione.

La LAMal non ha più ripreso questo particolare aspetto, riservando tra l'altro i sussidi federali unicamente al sovvenzionamento degli assicurati di condizione economica meno abbiente.

Oggi sono in vigore 16 convenzioni di questa natura che implicano 94 Comuni, con la partecipazione di 18 medici.

Gli oneri lordi relativi alla gestione di queste convenzioni (senza quindi la deduzione dei sussidi federali) si configurano come segue:

1990	682' 829.70	
1991	656' 549.20	
1992	692' 131.65	
1993	719' 840.30	
1994	735' 047.80	
1995	740' 000.--	PREV.
1996	771' 800.--	PREV.

Da rilevare, infine, che i sussidi federali si situavano nell'ordine medio di fr. 180' 000.- annui.

Si propone di togliere il riferimento a questo servizio dalla LCAMal, lasciando unicamente una norma

transitoria (art. 88) per regolare le convenzioni in atto fino alla loro scadenza.

Nel frattempo si esaminerà l'opportunità di dare continuità a questo servizio con una legge a sé stante oppure di decretarne l'abolizione, garantendo altrimenti la copertura dei bisogni medico-sanitari nelle regioni oggi toccate da questo servizio.

3.2 Obbligo d' assicurazione

L'obbligo d' assicurazione nel quadro delle cure medico-sanitarie di base non costituisce di certo una novità per il Cantone Ticino

Il principio dell'obbligatorietà assicurativa generalizzata (pur se nella forma "quasi totale") era stato introdotto nel diritto cantonale attraverso la LCAM.

Si specifica che la LCAM esonera dall'obbligo assicurativo le persone nate prima del 1°.01.1937, quando il reddito di quest'ultime risulta superiore ai limiti stabiliti per il sussidio.

I criteri che definiscono l'assoggettamento all'obbligo assicurativo sono definiti dal nuovo diritto federale e peraltro non differiscono di molto rispetto a quanto fin qui previsto dalla normativa cantonale vigente.

Si può quindi giungere alla conclusione che relativamente a questo aspetto, nel nostro Cantone si procede sul piano della continuità.

La LCAMal precisa alcune norme di dettaglio relativamente all'inizio dell'obbligo assicurativo.

In particolare viene precisato, applicando il tenore grammaticale dell'art. 5 LAMal, che l'obbligo assicurativo deve iniziare con l'acquisizione del domicilio o del permesso di dimora in Svizzera, rispettivamente al momento della nascita.

L'autorità cantonale preposta alla vigilanza dell'obbligo assicurativo controllerà scrupolosamente l'ossequio dei termini d'inizio dell'obbligo stesso, procedendo in via coattiva alle relative rettifiche in caso di affiliazione tardiva.

Nel quadro di un'assicurazione sociale basata sulla partecipazione globale di tutti i cittadini - partecipazione intesa anche dal profilo finanziario - appare socialmente giustificata la verifica dell'adesione di tutti i cittadini all'assicurazione sociale contro le malattie.

Questa adesione deve avvenire con effetto immediato, ossia al momento stesso in cui si verificano le condizioni di legge che determinano l'obbligatorietà d'assicurazione.

Attraverso la LCAMal si definiscono inoltre i compiti specifici degli enti che a titoli diversi devono vegliare a che l'obbligatorietà assicurativa sia scrupolosamente rispettata.

Il discorso relativo alla definizione dei compiti specifici merita quindi l'approfondimento particolare di cui in prosieguo.

3.2.1 Compiti del Cantone e degli organi cantonali

Non si discostano dai disposti previsti attraverso il diritto vigente e vengono completati dalle esigenze imposte dal nuovo ordinamento federale.

In particolare l'autorità cantonale procederà a decretare le affiliazioni in forma coattiva nei confronti degli assicurati inadempienti per quanto riguarda i disposti relativi all'obbligo d'assicurazione.

Verranno inoltre decretati in forma coattiva gli anticipi del rapporto assicurativo nei confronti di quei cittadini che non hanno aderito in maniera tempestiva al sistema assicurativo-sanitario decretato dalla LAMal.

3.2.2 Compiti dei Comuni

Come nella situazione attuale, i Comuni sono responsabili del controllo dell'applicazione dell'obbligo assicurativo.

In particolare gli organi comunali deputati a questo compito dovranno accertare, per ogni persona soggetta all'obbligo assicurativo proveniente da un altro Comune svizzero o dall'estero, oppure nei casi di nascite, l'avvenuta iscrizione presso un assicuratore riconosciuto. A tale scopo sarà necessario esigere la presentazione di un documento che ne attesti chiaramente l'iscrizione. Sarà poi compito degli organi comunali segnalare tempestivamente i cittadini inadempienti all'autorità cantonale di vigilanza per i provvedimenti di legge. I Comuni saranno investiti non solo della responsabilità amministrativa relativa a questo compito di legge, ma anche della responsabilità materiale qualora non eseguano in modo dettagliato i controlli primari. Nel caso si presentassero conti sanitari scoperti nei riguardi di cittadini soggetti all'obbligo d'assicurazione e la cui inadempienza dal profilo dei disposti di legge non è stata tempestivamente segnalata dagli organi amministrativi comunali all'autorità cantonale, il Comune sarà ritenuto debitore solidale, con la persona interessata, nei confronti del fornitore di prestazioni o di chi avrà l'onere di farvi fronte (per esempio l'Ufficio dell'assistenza sociale). La responsabilità solidale del Comune relativa ad eventuali oneri scoperti e non presi a carico da un assicuratore, è stata comunque limitata ai soli cittadini che vi eleggono la loro residenza dopo l'entrata in vigore della LAMal. Con questo non si vogliono infatti obbligare i Comuni a procedere a censimenti assicurativi della popolazione tuttora residente, limitando il principio di responsabilità ai movimenti della popolazione a partire dall'entrata in vigore della LCAMal. Se a far stato da tale data i controlli comunali prescritti ex lege avvengono in forma puntuale e le inadempienze sono tempestivamente segnalate, i Comuni non saranno investiti di oneri finanziari relativamente a questa fattispecie.

3.2.3 Compiti dei datori di lavoro

Analoga responsabilità compete pure ai datori di lavoro nel caso non segnalino tempestivamente al Comune di residenza dell' interessato i casi di lavoratori inadempienti nei confronti dei principi di legge relativi all' obbligatorietà assicurativa.

La legge definisce in quali circostanze i datori di lavoro:

- a) sono coinvolti nelle implicazioni descritte in entrata (responsabilità solidale in presenza di crediti scoperti e non presi a carico da un assicuratore);
- b) sono ritenuti debitori solidali dei premi arretrati;
- c) sono tenuti a fornire le informazioni necessarie relative all' adempimento dell' obbligo assicurativo.

3.2.4 Compiti dell' Ufficio federale dell' assicurazione militare

Giusta l' OAMal, sono esonerati dall' obbligo assicurativo gli agenti della Confederazione, in attività o in pensione, sottoposti all' assicurazione militare.

Per agenti della Confederazione sono da intendere, in particolare, i militari professionisti, gli addetti alla protezione civile, i dipendenti delle dogane.

Per quest' ultimi, l' OAMal prevede la possibilità di uscire dall' assicurazione militare e di rientrare in ogni tempo nell' ambito dell' assicurazione sociale ordinaria contro le malattie.

Lo scrivente Consiglio di Stato, in sede di risposta al progetto di Ordinanza, ha avuto modo di manifestare in modo aperto e deciso il suo dissenso nei confronti di questa impostazione, non condividendo il principio secondo cui certe categorie di persone risultano praticamente esonerate da ogni pagamento di premio assicurativo (l' assicurazione militare non è infatti soggetta al regime contributivo).

Ciò, a mente di questo Consiglio di Stato, determina una discriminazione palese nei confronti dei cittadini che a parità di condizioni devono soggiacere all' obbligo assicurativo ex LAMal, con i relativi oneri finanziari che esso comporta.

L' aver esonerato parte di cittadini domiciliati in Svizzera, costituisce inoltre una pericolosa ed ingiustificata falla nel principio generalizzato dell' obbligatorietà assicurativa, creando di fatto una breccia del tutto fuori luogo ed inopportuna nell' ambito del principio di solidarietà, che vuole che ogni cittadino abbia a partecipare ad ogni livello - e questo anche dal profilo finanziario - alla comunità di rischio costituita, in questo caso, dall' insieme dei cittadini residenti in Svizzera.

In sede di approntamento definitivo e di approvazione dell' Ordinanza della LAMal non si è malauguratamente tenuto conto delle obiezioni mosse dal Cantone Ticino, anche perché durante la seduta del 7 ottobre 1993, il Consiglio nazionale ha rigettato una proposta che prevedeva di sopprimere la categoria degli assicurati professionali dell' assicurazione militare.

Da ciò discende la prescrizione nei confronti dell' Ufficio federale dell' assicurazione militare di fornire all' autorità cantonale preposta alla vigilanza dell' applicazione dell' obbligo assicurativo il nominativo delle persone interessate dal citato disposto contenuto nell' OAMal, con i relativi movimenti successivi di entrata e di uscita.

3.3 Esazioni e pagamenti

La regolazione dei crediti scoperti nel caso di assicurati colpiti da attestato di carenza di beni non era contemplata nel disegno di OAMal sottoposto in consultazione.

Questo Consiglio di Stato, in sede di osservazioni, ha fatto presente questa lacuna.

Ci troviamo infatti in un regime di assicurazione sociale e obbligatoria, dove in particolare gli assicuratori sono tenuti ex lege ad affiliare ogni persona soggetta ad obbligatorietà assicurativa che ne postuli l' iscrizione.

Appare quindi legittimo garantire agli assicuratori il pagamento degli oneri derivanti dal contratto assicurativo (premi e partecipazioni).

Tale pagamento deve pertanto essere incassato:

- a) in via ordinaria tramite il versamento da parte degli assicurati (artt. 61 e 64 LAMal);
- b) attraverso la procedura esecutiva nel caso di assicurati morosi;
- c) sotto forma di garanzia di pagamento da parte dell' Ente pubblico nel caso in cui l' assicurato moroso si trova nell' impossibilità di onorare i propri obblighi a causa di un attestato di carenza di beni.

Impensabile appare infatti la soluzione di concedere agli assicuratori di espellere gli assicurati morosi dall' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Ciò sarebbe infatti in flagrante contrasto, sia dal profilo teleologico che grammaticale, con il principio dell' assicurazione obbligatoria per tutta la popolazione.

Inoltre, dal profilo pratico e sociale, consentire ad un assicuratore di non onorare le prestazioni assicurative d' obbligo equivarrebbe tollerare il fatto che ad una parte di popolazione non è garantita l' assistenza sanitaria minima di base.

L' OAMal, nella versione definitiva, demanda ai Cantoni il compito di affrontare e risolvere questo problema. Per questa ragione il Consiglio di Stato intende riconfermare i principi di legge in vigore attraverso l' attuale diritto cantonale, riproponendo l' intervento del Cantone a copertura dei crediti scoperti (premi, partecipazioni, spese esecutive e - nuovo - interessi di mora) nel caso di assicurati morosi colpiti da attestato di carenza di beni.

Di fronte a questa garanzia di pagamento di ogni credito che può apparire scoperto nell' ambito dell' assicurazione sociale contro le malattie, l' assicuratore è comunque tenuto ex lege a garantire a sua volta la continuità assicurativa nella forma completa e assoluta.

Quale contropartita al regime di "entrate garantite", all' assicuratore, nell' ambito delle prestazioni a cui è tenuto per legge e nei confronti di persone sottoposte all' obbligo d' assicurazione, non sarà pertanto concesso di:

- a) dichiarare l' esclusione di un assicurato;
- b) sospendere le prestazioni;
- c) praticare la compensazione dei crediti scoperti con la trattenuta di prestazioni a favore dell' assicurato;
- d) compensare eventuali crediti scoperti con la trattenuta del sussidio a favore dell' assicurato.

Non è infatti tollerabile il verificarsi di lacune assicurative di alcun genere - anche se transitorie o di durata limitata - nel quadro di un' assicurazione sociale, obbligatoria e che si prefigge come obiettivo di fondo quello di fornire una garanzia ad ogni cittadino - anche a coloro che possono versare in situazioni economiche altamente precarie - in fatto di copertura delle prestazioni sanitarie ritenute indispensabili.

Gli oneri derivanti dalla copertura dei crediti scoperti in situazione di assicurati morosi colpiti da attestato di carenza di beni, in virtù dell' attuale diritto cantonale si presenta come segue (importi di competenza):

1989	1' 154' 883.25
1990	1' 181' 053.15
1991	1' 802' 414.55
1992	1' 842' 735.60
1993	2' 697' 508.40
1994	4' 287' 286.90

Una valutazione degli oneri derivanti dal regime LAMal può solo avere un carattere approssimativo.

Infatti a tutt' oggi non è ancora conosciuto l' importo del premio assicurativo per l' anno 1996.

Inoltre questa fonte di uscita è strettamente legata alle condizioni congiunturali del nostro tessuto socioeconomico: più la situazione congiunturale appare difficile, maggiori saranno le ripercussioni che si possono riscontrare in questo campo specifico.

Prima di procedere all' assunzione dei crediti scoperti di assicurati morosi, sarà tuttavia compito degli organi amministrativi quello di applicare il sussidio soggettivo nei confronti dell' assicurato.

Con la nuova impostazione dei sussidi - importo maggiore per assicurati di condizione economica modesta - l' onere per il Cantone può essere contenuto tra 2.5 e 3 milioni.

Questo onere cantonale sarà tuttavia soggetto alle operazioni di:

- a) recupero nei confronti dell' interessato in virtù dei disposti contenuti nella Legge sull' assistenza sociale;
- b) addebito ai Comuni nel quadro del riparto delle spese generali legate all' esercizio delle assicurazioni sociali (cfr. settore specifico della LCAMal).

3.3.1 Valutazione degli oneri per assicurati morosi (anno 1996)

Si considera, per la fattispecie, l' applicazione del sussidio massimo previsto dalla legge.

In ragione di ciò, l' onere rimanente per assicurati morosi si può valutare nei termini seguenti:

N° assicurati morosi (attestato di carenza di beni):	fr. 2' 000
Premio annuo (al netto del sussidio):	fr. 220.-
Importo annuo delle partecipazioni (valore medio):	fr. 630.-

Da cui:

850 x 2' 000 =	1.7 mio	
	0.2 mio	per oneri diversi
	0.3 mio	per contributi AVS
	0.8 mio	residuo anni Dprecedenti
	3.0 mio	

Bisogna inoltre considerare che su questi importi si prevede un recupero dell' ordine di fr. 75' 000.- / 80' 000.- ai sensi della legge sull' assistenza sociale (recupero nei confronti degli stessi assicurati).

3.4 Sussidi agli assicurati

Si tratta indubbiamente del nucleo centrale di questa normativa, sia per l' incidenza finanziaria che questo settore comporta, ma anche per l' impatto sociale che verrà a determinare.

Come già affermato in questo Messaggio, la nuova legge federale definisce un' impostazione innovativa relativamente alla destinazione dei sussidi federali.

Per le ragioni del resto qui già accennate, il premio lordo, in particolare come conseguenza dell' abolizione del sussidio diretto della Confederazione alle Casse malati, dell' assicurazione di base sarà destinato ad aumentare.

La sovvenzione sociale nell' assicurazione contro le malattie, in quanto "sussidio alla spesa" relativamente ad uno degli oneri ricorrenti che più incidono sui budget familiari, diventerà di fondamentale importanza per le economie domestiche di condizioni economiche deboli o modeste.

L' aumento del premio assicurativo lordo, in particolare come conseguenza dell' abolizione del sussidio diretto della Confederazione alle Casse malati, ha costituito uno dei parametri di fondo per la riflessione attorno al modello da proporre attraverso la presente legge.

3.4.1 Nuovi sussidi ex LAMal: regolamentazione di diritto cantonale

Come già sottolineato, con la LAMal assistiamo ad una riconversione del sistema di sovvenzionamento pubblico nel settore dell' assicurazione contro le malattie.

Fino ad oggi i sussidi federali ordinari erano destinati agli assicuratori in base al numero degli affiliati, alle fasce d' età e al sesso degli stessi, ma senza tener conto della loro situazione economica.

L' importo contabilizzato dai vari assicuratori doveva servire da calmiera nei confronti del premio dell' assicurazione di base.

Un sistema così concepito può servire allo scopo, ma d' acchito appare poco sociale, in quanto ad essere sussidiati risultano di fatto tutti gli assicurati, compresi quelli le cui situazioni economiche non esigono di certo aiuti pubblici in questo settore.

Il Cantone Ticino, seguito poi in questo senso da altre realtà cantonali, ha preso coscienza di questo fatto, e quando si è trovato nella necessità di dover accompagnare i sussidi federali ordinari con sussidi propri, ha subito individuato il modello sociale del sussidio soggettivo alla spesa destinato esclusivamente agli assicurati meno abbienti.

Il nuovo modello di sussidiamento definito ex LAMal coincide con i principi portanti del diritto cantonale ticinese, vincolando l' utilizzazione delle sovvenzioni alla riduzione dei premi degli assicurati "di condizione economica modesta" (art. 65 LAMal).

Nell' ambito della riconversione generale del modello di sussidiamento nell' assicurazione contro le malattie, la Confederazione ha definito il principio generale ed assoluto secondo cui i sussidi devono essere destinati esclusivamente agli assicurati, e ciò a partire dalla loro situazione economica (sussidio soggettivo).

Con il nuovo diritto federale viene pertanto a cadere qualsiasi forma di sussidiamento nei confronti degli assicuratori [sussidi per puerperio, allattamento, tubercolosi, assicurati invalidi e, come già si è detto, anche il sussidio suppletivo di montagna (sussidio alle Casse e sussidio ai Cantoni per l' organizzazione del servizio medico nelle regioni di montagna)].

Contrariamente all' orientamento espresso nel Messaggio concernente la LAMal - che proponeva un modello unico ai Cantoni per quanto attiene al sistema di sussidiamento degli assicurati - le Camere hanno preferito la soluzione federalista, lasciando ai singoli Cantoni il compito di definire i criteri di sussidiamento degli assicurati secondo modelli propri.

In tal modo i criteri che presiedono ai sussidi agli assicurati appaiono a tutti gli effetti di pertinenza del diritto cantonale.

L' unico vincolo imprescindibile è che gli stessi siano mirati e siano impostati a partire dalla situazione economica dei singoli assicurati.

A livello pratico le operazioni si svolgeranno a partire dall' orientamento seguente:

a) la Confederazione verserà ad ogni Cantone un determinato importo di sussidio federale che dipenderà dal budget complessivo, dalla forza finanziaria del Cantone e che potrà variare tra un valore massimo e un valore minimo pari alla metà del valore massimo a dipendenza dell' importo che sarà messo a disposizione dal Cantone;

b) il Cantone dovrà aggiungere al sussidio federale un contributo proprio che è una percentuale del contributo federale. Per il Ticino il contributo cantonale sarà il 23.34% di quello federale nel 1996 e salirà al 37.3% nel 1999.

Se il Cantone opta per un sussidio inferiore a quello determinato dalla percentuale che gli compete per il sussidio federale massimo, anche il sussidio federale diminuisce in proporzione. Tuttavia il sussidio del Cantone non può scendere al di sotto della metà di quello corrispondente al sussidio federale massimo.

A questo punto il sussidio federale sarà la metà di quello massimo.

Nel caso del Cantone Ticino la situazione si presenta come segue:

1996	sussidio federale massimo	84.4 mio
	sussidio cantonale massimo	$84.4 \times 23.34\% = 19.70$ mio
	sussidio federale minimo	42.2 mio
	sussidio cantonale minimo	$42.2 \times 23.34\% = 9.85$ mio

Quindi nel 1996 per ogni franco in meno di sussidio cantonale si perdono fr. 4.28 di sussidio federale:

1999	sussidio federale massimo	100.3 mio
	sussidio cantonale massimo	$100.3 \times 37.3\% = 37.41$ mio
	sussidio federale minimo	50.15 mio
	sussidio cantonale minimo	$50.15 \times 37.3\% = 18.70$ mio

Quindi nel 1999 per ogni franco in meno di sussidio cantonale si perdono fr. 2.68 di sussidio federale.

In questo particolare ambito il Cantone Ticino, in virtù del diritto cantonale vigente, già si è distinto per una soluzione avanzata, anche per impegno finanziario, istituendo un modello di sovvenzionamento sociale di indubbia validità.

L'attuale modello cantonale rispetta i criteri federali imposti, nel senso che è destinato agli assicurati di condizioni economiche modeste.

Per queste ragioni di ordine sostanziale si è inteso confermare il criterio della continuità, procedendo tuttavia agli emendamenti che si rendono necessari in rapporto a quei criteri che non risultano più compatibili con il nuovo diritto federale.

Ma di questo si dirà più compiutamente nei capitoli seguenti.

Grazie alla LAMal questo orientamento potrà essere mantenuto e persino potenziato come importo, pur realizzando un risparmio per le finanze cantonali. Questo risparmio, come è già stato annunciato e come verrà ulteriormente precisato in questo messaggio, sarà utilizzato per far beneficiare di uno sgravio fiscale gli assicurati con reddito medio-inferiore ai quali è stato tolto il sussidio federale, ma che non possono ottenere il sussidio soggettivo cantonale.

3.4.2 Evoluzione dei sussidi cantonali per il periodo antecedente l'entrata in vigore della LAMal

L'analisi considera la situazione a partire dall'introduzione dell'attuale diritto cantonale attraverso la Legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie (LCAM), ossia dal 1° gennaio 1987.

Nella tabella seguente viene riportato l'ammontare degli importi effettivi per anno di competenza.

Anno	Qmcp	Assicurati sussidiati	Totale sussidi
1987	1' 060	118' 671	49' 269' 282.00
1988	1' 120	106' 165	46' 971' 152.00
1989	1' 120	109' 636	50' 146' 981.00
1990	1' 300	100' 019	60' 096' 827.00
1991	1' 300	102' 385	62' 526' 531.00
1992	1' 520	95' 543	64' 566' 232.00
1993	1' 690	76' 844	62' 682' 265.00
1994	1' 760	53' 871	49' 157' 277.00
1995	1' 760		

3.4.3 Evoluzione dei sussidi federali destinati al Cantone Ticino per il periodo antecedente l'entrata in vigore della LAMal

Lo schema che segue tiene conto di questi aspetti:

- a) sussidi federali alle Casse malati (valutazione a partire dall'importo complessivo di 1.3 miliardi di franchi);
- b) sussidi federali destinati ai Cantoni e finalizzati alla riduzione dei premi agli assicurati in base alla loro situazione economica (100 milioni di franchi a partire dal 1992 con il DFU 13.12.1991);
- c) sussidi straordinari per l'anno 1995 ai Cantoni (500 milioni di franchi a seguito dell'accettazione popolare dell'IVA), con le medesime finalità di cui alla lett. b). Nella loro ripartizione è stato tenuto conto anche del fattore "premio medio cantonale".

La procedura di assegnazione ai Cantoni prevedeva un primo riparto in funzione della popolazione residente e della forza finanziaria del Cantone.

La parte di sussidi non distribuita nel corso del primo riparto, veniva ridistribuita attraverso un secondo riparto all'indirizzo di quei Cantoni che operavano riduzioni soggettive di premio nei confronti degli assicurati meno abbienti. Come si vede dalla successiva tabella, l'importo a beneficio del Cantone Ticino è diminuito da 19.2 mio nel 1992 a 12.8 mio nel 1994 a causa di un maggior numero di Cantoni beneficiari.

È poi aumentato nel 1995 grazie ai 500 milioni di cui alla lett. c).

Per l'anno 1995, in ragione delle misure di risparmio dettate dalla Confederazione, si procederà unicamente al primo riparto; primo riparto che per il Cantone Ticino comporta un introito dell'ordine di 4.3 mio di franchi. A seguito di queste entrate straordinarie, il nostro Cantone per l'anno 1995 ha elevato i limiti di reddito che danno diritto al sussidio, portandoli ai seguenti livelli di reddito determinante (reddito imponibile + 1/15 della sostanza imponibile per la parte che eccede fr. 150' 000.- nel caso di persone sole, rispettivamente fr. 200' 000.- nel caso di famiglie):

- Persone sole:	da fr. 16' 000.- a fr. 20' 000.-;
- Membri maggiorenni della famiglia (e 1° figlio):	da fr. 26' 000.- a fr. 32' 000.-;
- Reddito di riferimento:	da fr. 30' 000.- a fr. 50' 000.-

I valori riportati nella tabella seguente si riferiscono agli importi di competenza:

	1991	1992	1993	1994	1995
Sussidi Confederazione a CM	53.0	55.0	55.2	55.4	55.7

Sussidi Confederazione a TI	-.-	19.2	14.9	12.8	28.3
Sussidi netti TI	62.5	45.4	47.8	37.2	41.7*
Sussidi lordi TI	62.5	64.6	62.7	50.0	70.0
Totale sussidi pubblici	<u>115.5</u>	<u>119.6</u>	<u>117.9</u>	<u>105.4</u>	<u>125.7</u>

[*]Ipotesi massima, ossia nel caso di un tasso di richiesta che si avvicina al 100% degli assicurati potenziali beneficiari del sussidio].

3.4.4 Ammontare dei sussidi federali ex LAMal; quota parte minima del Cantone; criteri di ripartizione dei sussidi

L' onere della Confederazione nel settore dell' assicurazione contro le malattie passerà da 1.4 miliardi nel 1994 a 1.9 miliardi nel 1995 (1.3 miliardi per sussidi alle Casse, 100 milioni ex DFU, 500 milioni "IVA") a 1.83 miliardi nel 1996 e a 2.18 miliardi nel 1999 se i Cantoni contribuiranno nella misura massima prevista dalla legge (35% in media del sussidio federale nel 1996, rispettivamente 50% nel 1999).

Dal canto loro i Cantoni saranno chiamati a completare i sussidi federali di cui sopra per un ammontare complessivo massimo di 640 mio nel 1996 e di 1090 mio nel 1999.

Complessivamente quindi, come già rilevato, l' importo destinato alla riduzione dei premi degli assicurati meno abbienti potrà superare i 3 miliardi di franchi nel 1999.

Lo schema seguente illustra le varie tappe di quest' evoluzione:

I dati riportati si riferiscono ad importi "di competenza".

Dal 1997 sono ottenuti per valutazione e considerano anche lo sgravio fiscale a favore del ceto medio-inferiore di 21/22 mio all' anno a partire dal 1997, a cui si è accennato precedentemente.

	LAMal		
	CH	Cantoni	Totale
1996 GEN	1' 830.0	640.5	2' 470.5
TI	84.4	19.7	104.1
1997 GEN	1' 940.0	776.0	2' 716.0
TI	87.9	26.5	114.4
1998 GEN	2' 050.0	922.5	2' 973.0
TI	93.6	31.6	125.2
1999 GEN	2' 180.0	1' 090.0	3' 270.0

TI	100.3	37.4	137.7
----	-------	------	-------

	Modifica	Totale Ticino	
	LT	Solo CT	CT + CH
1996 GEN		19.7	104.1
TI			
1997 GEN			
TI	21	47.5	135.4
1998 GEN			
TI	22	53.5	147.2
1999 GEN			
TI	22	59.4	159.7

Appare interessante confrontare l' evoluzione dei sussidi a favore delle classi inferiori di reddito per il Cantone Ticino nel periodo 1991-1999, come appare dalla tabella seguente.

*

	1991	1992	1993	1994	1995
sussidi netti TI*	62.5	45.4	47.8	37.2	41.7
sgravio fiscale					
ceto medio inf.	-	-	-	-	-

sussidi compl. TI					
sussidi CH	-.-	19.2	14.9	12.8	28.3
Totale	62.5	64.6	62.7	50.0	70.0

	1996	1997	1998	1999
sussidi netti TI*	19.7	26.5	31.6	37.4
sgravio fiscale				
ceto medio inf.	-	21.0	22.0	22.0
sussidi compl. TI		47.5	53.6	59.4
sussidi CH	84.4	87.9	93.6	100.3
Totale	104.1	135.4	147.2	159.7

[*cfr. oss. tab. p.to 3.4.3].

Quest' ultima tabella evidenzia che gli sgravi fiscali sono resi possibili grazie alla diminuzione di 22 mio di sussidi cantonali tra il 1995 e il 1996. La spesa complessiva per il Cantone (sgravi fiscali compresi) presenta in termini nominali un divario contenuto tra il periodo 1992-1995 (172.1 mio) e il periodo 1996-1999 (180.2 mio), malgrado l' aumento di forza finanziaria del Cantone che determina un maggior contributo netto del Cantone Ticino di oltre 9 milioni nel periodo 1997-1999.

I criteri di ripartizione dei sussidi federali rimarranno i medesimi rispetto a quelli già illustrati in precedenza (popolazione residente e forza finanziaria del Cantone).

Il Consiglio federale ha infatti recentemente risolto di rinunciare al criterio supplementare (e per legge potestativo) del (premio medio cantonale).

Questi sussidi saranno determinati mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell' evoluzione dei costi dell' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione (art 66 cpv. 2 LAMal).

Il Consiglio federale decide, secondo la capacità finanziaria dei Cantoni, il contributo minimo di quest' ultimi ai sussidi federali.

La partecipazione globale dei Cantoni, come detto, deve corrispondere almeno alla metà dell' importo complessivo dei sussidi federali (art. 66 cpv. 4 LAMal).

3.4.5 Principi direttori relativi ai criteri cantonali in fatto di sussidiamento degli assicurati

Come rilevato, il sussidio nell' assicurazione contro le malattie al cui finanziamento partecipa la Confederazione sarà impostato su tre principi direttori di fondo, e meglio dovrà:

- a) configurarsi come un sussidio sociale di carattere soggettivo;
- b) costituire un (sussidio alla spesa);
- c) compensare l' aumento del premio lordo fino a una determinata soglia di reddito in ragione della diversa impostazione conferita ai sussidi federali.

Al fine di soddisfare quest' ultima condizione, due possono apparire le vie percorribili:

- a) o l' aumento dei limiti di reddito che conferiscono il diritto al sussidio soggettivo, al fin di assorbire, almeno parzialmente, l' aumento del premio lordo anche per fasce di reddito oltre i limiti attualmente sussidiabili;
- b) oppure mantenere costanti i limiti di reddito attuali e procedere a misure di sgravio fiscale per compensare l' aumento del premio assicurativo nei confronti delle fasce di reddito oltre i limiti sussidiabili. L' attuazione di quest' ultima misura sarebbe tuttavia una decisione autonoma del Cantone, finanziata interamente dal Cantone e, anche se realizzata in altra forma come sussidi, non determinerebbe nessun aumento della partecipazione federale.

L' orientamento che questo Consiglio di Stato vi sottopone attraverso il presente Messaggio si muove in direzione della seconda ipotesi, con un aumento dell' importo di sussidio per le fasce di reddito più basse. L' operazione di sgravio fiscale si concretizza invece attraverso una modifica dell' aliquota, che toccherà le ultime fasce di reddito sussidiate e si estenderà in particolare ai redditi oltre i limiti sussidiabili; e questo fino ad un confine da definire.

Il coordinamento con la fiscalità persegue una finalità ben precisa: limitare i sussidi alle fasce di reddito che si trovano confrontate con problemi di minimo vitale e compensare, per le fasce di reddito immediatamente superiori, la perdita del sussidio federale con uno sgravio fiscale che implica meno burocrazia e che evita una inutile partita di giro tra fisco e sussidi.

Questa scelta è anche coerente con la ricerca di una impostazione per le diverse forme di sussidio quale rete di sostegno per permettere, in caso di difficoltà, di raggiungere il minimo vitale.

L' impostazione qui preconizzata può quindi anche essere intesa come un primo passo concreto in direzione di un' armonizzazione degli strumenti sussidiari di politica sociale oggi esistenti.

L' obiettivo di queste armonizzazioni è quello di ridurre al minimo la necessità di intervento dell' assistenza sociale, a causa anche delle possibili conseguenze negative di ordine psicologico che esso può comportare.

L'assistenza sociale deve dunque essere indirizzata solo ai casi di indigenza più gravi.

3.4.6 Sussidi per l'anno 1996: ordinamento provvisorio tramite decreto esecutivo (DE 17 luglio 1995)

L'azione (sussidi 1996) ha dovuto prendere inizio già nel corso del 1995 con l'invio del formulario agli assicurati potenzialmente beneficiari dell'aiuto soggettivo.

In ragione di ciò, non erano palesemente dati i tempi tecnici per l'entrata in vigore di una legge in tempi utili (licenziamento del Messaggio da parte del Consiglio di Stato, rapporto commissionale, decisione del Parlamento, termini referendari).

In considerazione di quanto sopra, si è ritenuto di procedere nel senso di quanto predisposto all'art. 97 cpv. 2 LAMal.

Questo disposto conferisce facoltà al Governo cantonale di promulgare un ordinamento provvisorio qualora non sia data la possibilità di emanare in tempo utile le disposizioni definitive.

Con DE 17 luglio 1995, questo Consiglio di Stato ha definito l'ordinamento provvisorio relativo ai sussidi agli assicurati per l'anno 1996.

Questo atto esecutivo ha in ogni caso una durata ben definita nel tempo, e verrà a decadere con effetto 31 dicembre 1996.

I punti nodali di questo orientamento provvisorio - che, come già ampiamente rilevato, non tocca altri aspetti all'infuori del capitolo relativo ai sussidi agli assicurati - sono stati integralmente ripresi nel disegno di legge che il Consiglio di Stato sottopone al Parlamento attraverso questo Messaggio.

3.4.7 Impostazione pratica relativa ai criteri cantonali di sussidiamento degli assicurati

Come già messo in evidenza, con l'entrata in vigore della LAMal decadranno anche le varie leggi cantonali approvate in regime LAMI.

Per la ragione di cui sopra, così come per le altre ragioni di ordine sostanziale già evidenziate in precedenza, attraverso questa novella legislativa saranno ripresi gli articoli di fondo del diritto cantonale vigente in materia di sussidi, con gli adattamenti necessari alla terminologia proposta dal nuovo diritto federale in materia.

3.4.7.1 Limiti di reddito

I limiti di reddito che conferiscono il diritto al sussidio soggettivo nell'assicurazione sociale contro le malattie restano invariati rispetto a quanto definito da questo Consiglio di Stato con il DE 14.12.1994, e si configurano come segue:

a) PS:	fr. 20' 000.-;
b) FA:	fr. 32' 000.-;
c) Reddito di riferimento:	fr. 50' 000.-.

3.4.7.2 Modifiche sostanziali rispetto alla legge cantonale attuale

Le modifiche di fondo per rapporto al diritto cantonale vigente sono sostanzialmente sei, e segnatamente:

- attenuazione del divario tra l'ultima fascia di reddito con diritto al sussidio e la prima senza diritto;
- regole che determinano la quota minima a carico degli assicurati sussidiati;
- definizione del sussidio a partire dal reddito di riferimento (R.Rif) oltre il limite di fr. 30' 000.-;
- pagamento del premio da parte degli assicurati beneficiari di PC AVS/AI;
- regole che presiedono all'esonero dei figli dal pagamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- per ogni forma particolare di assicurazione (franchige opzionali, scelta limitata del medico, assicurazione con bonus): il sussidio viene calcolato come se l'assicurato fosse iscritto nell'assicurazione ordinaria delle cure medico sanitarie praticata dal medesimo assicuratore (escludendo tuttavia qualsiasi forma di sovrindennizzo per l'assicurato sussidiato).

Per quanto riguarda quanto richiamato alle lett. d), e) e f), meglio si dirà nell'ambito del commento agli articoli specifici che regolano la materia.

In rapporto alla lett. c), si specifica che le regole per la determinazione del sussidio oltre il limite di R.Rif. = fr. 30' 000.- (limite che conferisce il diritto al sussidio massimo) saranno le medesime rispetto a quanto previsto per le PS, i membri adulti delle FA e il primo FI.

In prosieguo ci si soffermerà pertanto in modo particolare su quanto specificato alle lett. a) e b).

3.4.7.3 Aspetti particolari del vigente diritto cantonale oggetto di conferma

Da rilevare in questo ordine di idee, la riconferma, in particolare, dei seguenti principi:

- sussidio tramite richiesta individuale, prestando comunque la necessaria attenzione al fine di limitare l'autoesclusione individuale a causa di carenze informative o in ragione dell'effetto stigmatizzante generalmente associato agli aiuti concessi dietro prova del bisogno;
- diritto giudiziabile e assenza di discrezionalità: sono stabilite norme di diritto pubblico che sanciscono in modo chiaro: l'esistenza del diritto alle prestazioni, le modalità di calcolo delle stesse e la possibilità di impugnare le decisioni rese.

3.4.7.4 Attenuazione del divario

La legge attuale indica limiti di reddito fissi che conferiscono all'assicurato il diritto al sussidio soggettivo.

I limiti di reddito fissi comportano tuttavia l'inconveniente che a lungo andare, se non oggetto di

adeguamento, determinano dei salti importanti tra l'ultima fascia di reddito con diritto al sussidio e la prima senza diritto.

Gli esempi che seguono illustrano meglio questa situazione (importi di sussidio annuo):

Anno 1987

a) PS con RD = fr. 15' 950.-	sussidio = fr. 100.-
b) PS con RD = fr. 16' 100.-	sussidio = fr. 0.-
c) FA (1 FI) con RD = fr. 23' 900.-	sussidio = fr. 442.-
d) FA (1 FI) con RD = fr. 24' 100.-	sussidio = fr. 0.-

Anno 1994

a) PS con RD = fr. 15' 950.-	sussidio = fr. 640.-
b) PS con RD = fr. 16' 100.-	sussidio = fr. 0.-
c) FA (1 FI) con RD = 25' 900.-	sussidio = fr. 1' 540.-
d) FA (1 FI) con RD = 26' 100.-	sussidio = fr. 0.-

Strumenti correttivi

In futuro per il calcolo del sussidio si opererà in modo tale che l'importo minimo annuo del sussidio per l'ultima fascia di reddito con diritto diventi:

- fr. 180.- nel caso di adulti;
- fr.60.- per quanto riguarda i figli.

Questi limiti sono stati fissati per evitare di cadere nelle "sovvenzioni bagatella", di incidenza sociale irrilevante. Inoltre, il divario tra l'ultima fascia di reddito con sussidio e la prima senza viene contenuto entro termini ragionevoli.

3.4.7.5 Quota minima a carico degli assicurati sussidiati

La formula che definisce l'importo del sussidio nell'assicurazione sociale contro le malattie rimane invariata:

sussidio = qmcp* - quota minima a carico dell'assicurato

* oppure quota dell'assicuratore se < qmcp

Quello che è cambiato è il valore della quota minima a carico dell'assicurato in funzione del reddito determinante (RD) [che è il reddito imponibile più 1/15 della sostanza che supera fr. 150' 000.- per una persona sola e fr. 200' 000.- per una famiglia].

Mentre precedentemente questa quota era rappresentata da una determinata percentuale del reddito determinante (4.5% per ogni membro adulto di una famiglia, ma al minimo fr. 450.-; 7% per ogni persona sola, ma al minimo fr. 420.-; 2% per il 1° figlio, ma al minimo fr. 200.-), le nuove disposizioni fissano un importo minimo a carico di ogni assicurato (fr. 220.-) fino a un dato reddito determinante (RD1).

Per redditi che si situano tra RD1 e il reddito determinante massimo che dà diritto al sussidio (RDmax), la situazione è diversa a seconda che la quota della Cassa malati (QCM) in questione sia inferiore o superiore alla quota media cantonale ponderata (qmcp).

a) QCM > qmcp:

La quota a carico dell'assicurato passa direttamente dall'importo minimo di fr. 220.- all'importo pari a qmcp - fr. 180.-.

Nel caso di QCM > qmcp, la differenza (QCM - qmcp) è sempre a carico dell'assicurato per cui la sua quota è superiore alla quota minima.

Lo schema è il seguente.

(inserire grafico superiore pag. 31)

b) QCM < qmcp:

La quota a carico dell'assicurato passa linearmente dall'importo minimo di fr. 220.- all'importo pari a QCM - fr. 180.-.

Lo schema è il seguente:

Inserire grafico inferiore pag. 31)

In questo modo il vantaggio di appartenere a una Cassa malati con i premi bassi resta tale anche per un assicurato sussidiato.

Inoltre il sussidio minimo resta sempre di fr. 180.- anche se il premio è inferiore alla qmcp.

I parametri RD1 e RDmax sono diversi a seconda che si tratti del caso di un membro adulto di una famiglia, del 1° figlio, di una persona sola con reddito proprio o di una persona sola con reddito di riferimento.

La tabella seguente illustra questa situazione:

	RD1	RDmax
Membro adulto famiglia	22' 000.-	32' 000.-
Primo figlio	22' 000.-	32' 000.-
Persona sola con reddito proprio	16' 000.-	20' 000.-
Persona sola con reddito di riferimento	30' 000.-	50' 000.-

3 4.8 Sussidio per premi di FI esonerati dal pagamento del premio dell'assicurazione obbligatoria.

La LCAMal tiene conto delle famiglie numerose con redditi medi e bassi, prevedendo un sussidio per i figli anche nella situazione in cui i membri maggiorenni della famiglia sono esclusi dal sussidio soggettivo a causa del loro reddito.

La situazione si presenta pertanto come segue:

- a) FA sussidiate: - 1° FI sussidiato;
- 2° FI e successivi esonerati;
- b) FA 32' 000 < RD < 37' 000: 2° FI e successivi esonerati;
- c) FA 37' 000 < RD < 60' 000: 3° FI e successivi esonerati.

3.4.9 Reddito disponibile

Come è stato esposto all' inizio del paragrafo precedente, parametri di riferimento per determinare il diritto al sussidio contemplati nella legge che qui è sottoposta al Gran Consiglio sono legati ai concetti fiscali di reddito imponibile e di sostanza imponibile, che considerati nel loro insieme a partire dai criteri di legge danno luogo al reddito determinante.

Tuttavia il reddito imponibile appare vieppiù come un parametro inadeguato al fine di determinare i criteri sostanziali sia di una moderna politica sociale in senso lato, sia di un sussidio sociale in senso stretto. Un medesimo importo di reddito imponibile non tiene conto in modo adeguato, in particolare, della dimensione dell' economia domestica: lo stesso reddito imponibile nominale conseguito da una famiglia di tre persone non può essere considerato del medesimo "valore economico" se confrontato con una famiglia di sei persone.

Per questa ragione, in modo particolare, sono in corso gli studi atti a consentire di prendere in considerazione altri fattori economici di valenza sociale sicuramente più pregnante ed adeguata, e segnatamente:

- il reddito disponibile [reddito lordo meno oneri sociali obbligatori, premi dell' assicurazione malattia e contributi fiscali];
- l' unità di consumo [numero di componenti dell' economia domestica].

Nelle NORME TRANSITORIE della presente legge si specifica la provvisorietà del ricorso al concetto di reddito imponibile, che dovrà decadere al momento di una nuova proposta operativa a partire da principi legati al reddito disponibile.

3.5 Pianificazione

La LAMal distingue tre categorie di strutture medico-sanitarie:

- a) gli ospedali, come istituti che dispensano cure stazionarie per malattie acute o misure di riabilitazione medica;
- b) le istituzioni semiospedaliere, come istituti che dispensano cure sanitarie semistazionarie (cliniche di giorno e di notte, istituti di chirurgia ambulatoria, ...);
- c) le case di cura, come istituti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (comprese le case per anziani medicalizzate).

Il Messaggio concernente la LAMal specifica, dal canto suo, quanto segue.

"... La stessa istituzione può comprendere diverse divisioni ospedaliere come pure reparti per la cura sanitaria semistazionaria e reparti aventi le caratteristiche di una casa di cura.

Queste distinzioni possono essere utili e sono sovente utilizzate nella pratica.

Per essere autorizzati ad esercitare a carico dell' assicurazione malattia sociale, gli istituti, le istituzioni o i reparti devono soddisfare le seguenti condizioni a dipendenza delle loro specifiche attribuzioni:

- garantire un' assistenza medica sufficiente, disporre del personale specializzato necessario e di installazioni mediche appropriate (...);
- corrispondere alla pianificazione, intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata concordemente da uno o più Cantoni, sentiti parimenti gli enti privati (...);
- figurare nell' elenco compilato dal Cantone classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati (...).

Il rispetto di tutte queste condizioni permetterà di contribuire in modo rilevante alla coordinazione dei fornitori di prestazioni, a una migliore utilizzazione delle risorse e al contenimento dei costi.

Dipenderà in modo preponderante anche dalla pianificazione appropriata come pure dalla collaborazione dei diversi fornitori di prestazioni tra loro e con gli assicuratori e gli assicurati". [Messaggio LAMal, pag. 73 e 74]

3.5.1 Pianificazione cantonale

A titolo di premessa si specificherà che di principio l' assicurazione sociale contro le malattie (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) è chiamata ad intervenire solo se la struttura che presta le cure corrisponde alla pianificazione cantonale (o intercantonale) intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, dopo aver preso adeguatamente in considerazione gli enti privati [art. 39 cpv. 1 lett. d) LAMal].

In altri casi - ossia se gli ospedali non sono compresi nella pianificazione - l' assicurazione sociale non interviene in alcun modo nella copertura dei costi di degenza.

Questi ultimi restano pertanto a carico del paziente o, se del caso, di un' assicurazione strettamente privata stipulata dallo stesso.

I Cantoni sono pertanto tenuti ad allestire una pianificazione delle strutture stazionarie in base al fabbisogno ospedaliero entro un termine ultimo del 31.12.1997.

Tale pianificazione deve portare ad un elenco che comprenda le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati [art. 39 cpv. 1 lett. e) LAMal].

Lo scorso mese di gennaio il Consiglio di Stato, come misura pianificatoria provvisoria, ha deciso di non aumentare il numero di stabilimenti ospedalieri che dispensano cure stazionarie per malattie acute e di sottoporre ad autorizzazione ogni eventuale aumento o cambiamento di destinazione di posti letto esistenti; questo in attesa della pianificazione definitiva, ma anche in considerazione del fatto che il numero di posti letto per la cura di malattie acute nel Cantone Ticino è già abbondante e tra i più elevati di tutti i Cantoni.

3.5.2 Libera scelta dell' assicurato

Ex art. 41 cpv. 1 LAMal, l' assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati ed idonei alla cura della sua malattia.

In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l' assicuratore deve assumere comunque al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell' assicurato.

L' assicurato dovrà invece assumere personalmente l' eventuale differenza dei costi tra la tariffa esterna e quella applicabile nel suo Cantone di domicilio qualora senza motivo di ordine medico ricorre ad una struttura sita in un altro Cantone.

In questo caso il fornitore di prestazioni non può tuttavia esigere una remunerazione più elevata di quella definita attraverso la tariffa esterna.

Deve comunque sempre e in ogni modo trattarsi di un ospedale autorizzato ad esercitare a carico dell' assicurazione sociale contro le malattie (ossia essere compreso nella pianificazione cantonale o intercantonale già menzionata).

3.5.3 Motivi di ordine medico: ricoveri ospedalieri fuori Cantone

Eccezioni a quanto illustrato immediatamente sopra, sono comunque contemplate allorché l' ospedalizzazione "fuori Cantone" avviene per motivi di ordine medico.

Il Legislatore federale ha inteso sostanziare tali "motivi di ordine medico" legati al ricovero ospedaliero attraverso due principi di fondo:

a) i casi d' urgenza [art. 41 cpv. 2 LAMal];

b) il fatto che le prestazioni necessarie non possano essere dispensate nel Cantone di domicilio dell' assicurato (o in un ospedale fuori di questo Cantone, se compreso in una pianificazione intercantonale) [art. 41 cpv. 2 lett. b) LAMal].

A questo livello il Legislatore federale ha tuttavia operato una differenziazione, distinguendo tra:

a) ospedali privati (compresi tuttavia nelle pianificazioni);

b) ospedali pubblici (o sussidiati dall' Ente pubblico).

Resta inteso che, come già rilevato, se la struttura stazionaria non è compresa in una pianificazione cantonale o intercantonale, la stessa non ha diritto di fatturare a carico dell' assicurazione sociale contro le malattie.

Essendo dati dunque i motivi di ordine medico, se l'assicurato ricorre ai servizi di un fornitore di prestazioni di un altro Cantone, l' assicuratore deve attenersi alla tariffa applicabile a questo fornitore e rimborsare la prestazione secondo questa tariffa anche se supera quella applicabile nel Cantone di domicilio dell' assicurato.

Tuttavia, se il fornitore di prestazioni di un altro Cantone è un ospedale pubblico o sussidiato dai poteri pubblici, il quale applica una tariffa più elevata per i pazienti provenienti da altri Cantoni rispetto a quella per i domiciliati nel Cantone dove esso stesso si trova, questa differenza deve essere assunta dal Cantone di domicilio dell' assicurato.

Questo ordinamento deve permettere la perequazione degli oneri e una migliore coordinazione tra i Cantoni. [Messaggio LAMal, pagg. 75 e 76; art. 41 cpv. 2 e cpv. 3 LAMal] .

E il Messaggio concernente la LAMal prosegue, in questo ambito, nei termini seguenti:

"Si deve comunque rilevare che i Cantoni non sono tenuti a scegliere detta forma di conteggio per la cura stazionaria di pazienti provenienti da un altro Cantone. Di conseguenza, per esempio i Cantoni che hanno creato grandi centri ospedalieri e i Cantoni loro attigui possono concludere accordi finanziari, secondo i quali i Cantoni attigui partecipano al finanziamento dell' ospedale in questione, visto che pure i loro abitanti ne beneficiano. Si giustifica quindi che un tale centro ospedaliero applichi le stesse tariffe per pazienti cantonali e extracantonali. (...)

La compensazione finanziaria tra Cantoni può essere effettuata in modo autonomo in base a un accordo intercantonale o secondo la regola dell' art. 41 cpv. 3 LAMal) [Messaggio LAMal, pag. 76 (numerazione dell' art. citato modificata in base al nuovo testo della LAMal)].

Al riguardo, per le prestazioni soggettive a ordine medico che non possono essere assicurate dalle strutture sanitarie operanti in Ticino, il Cantone intende stipulare degli accordi con ospedali fuori Cantone, pubblici o sussidiati dall' ente pubblico, ma anche privati, in grado di fornire le suddette prestazioni.

Particolare attenzione sarà riservata dal Cantone nei confronti dei centri di alta specializzazione che

praticano cure o terapie che non sono offerte nel nostro Cantone (cure a pazienti grandi ustionati, mielolesi, soggetti a trapianti, eventualmente anche per la cardiocirurgia).

In particolare si presterà la necessaria attenzione affinché i pazienti ticinesi possano essere accolti con tempestività.

Il problema sarà affrontato nell'ambito della definizione di dettaglio della pianificazione.

3.5.4 Tariffa degli ospedali pubblici

Per quanto riguarda gli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici, giusta l'art. 49 cpv. 1 LAMal per la remunerazione della cura le parti della convenzione (fornitori di prestazioni e assicuratori) devono stabilire importi forfetari.

Specifica a tal riguardo il Messaggio concernente la LAMal:

Per l'approntamento degli importi forfetari le parti dispongono di una grande libertà d'azione. In questo modo si vuole promuovere nel limite del possibile la conclusione di accordi che permettano di limitare l'aumento dei costi (...).

Questi importi forfetari, applicabili agli abitanti di un Cantone, possono coprire al massimo, per paziente o per gruppo di assicurati, il 50% dei costi fatturabili nel reparto comune degli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici (tasso di copertura). Per i pazienti che risiedono al di fuori del Cantone, si può quindi di regola applicare una tariffa più elevata. Del resto essi non pagano le tasse in quel Cantone.

L'eventuale differenza tra le tariffe applicabili agli assicurati che risiedono nel Cantone e le tariffe applicabili a quelli che non vi risiedono deve essere assunta dal Cantone di domicilio di quest'ultimi, se la cura al di fuori del Cantone è necessaria per ragioni mediche.

Se non è data questa necessità, l'assicurato deve assumere personalmente la differenza o coprirla tramite assicurazioni complementari corrispondenti. (...) I costi fatturabili al fine del calcolo degli importi forfetari ospedalieri per gli assicurati residenti nel Cantone non comprendono i costi di investimento, di formazione e di ricerca; occorre quindi basarsi essenzialmente su costi d'esercizio. - [Messaggio LAMal, pag. 90]

L'attuale ripartizione dei costi degli ospedali pubblici ticinesi (reparto comune) è molto vicina al massimo del 50% (50% a carico degli assicuratori, 50% a carico dell'ente pubblico) previsto dalla LAMal.

3.5.5 Tariffa degli ospedali privati

Su questo specifico aspetto, il Messaggio concernente la LAMal così si esprime:

(Quanto agli ospedali privati, le parti possono convenire tassi di copertura più elevati. Ciò appare equo, poiché questi ospedali non sono finanziati con fondi provenienti in parte dalle imposte. Ovviamente questi ospedali non hanno diritto, siccome fornitori di prestazioni, di fatturare a carico dell'assicurazione malattia sociale, salvo adempino alle condizioni previste all'art. 39 cpv. 1 LAMal). [Messaggio LAMal, pag. 91 (numerazione dell'art. citato modificata in base al nuovo testo della LAMal)].

In particolare devono essere inclusi nella pianificazione intesa a coprire il fabbisogno cantonale.

Se non lo fossero, possono esercitare in base a norme di polizia sanitaria (legge sanitaria), ma non possono fatturare neppure parzialmente le proprie prestazioni a carico dell'assicurazione sociale delle cure medico-sanitarie.

Anche in questo caso le parti che stipulano la convenzione stabiliscono comunque importi forfetari.

3.6 Convenzioni

3.6.1 "Mercato di convenzioni tariffali" il più aperto possibile

Nel settore tariffario la LAMal definisce, in particolare, quattro principi di fondo:

- a) gli accordi convenzionali tra assicuratori e fornitori di prestazioni per stabilire le tariffe e le modalità di interazione;
- b) la possibilità di far capo a diversi modelli tariffali (tariffa per singola prestazione, tariffa forfetaria per caso, tariffa temporale, tariffa per gruppo d'assicurati, ...);
- c) una struttura tariffale uniforme stabilita a livello nazionale per le singole prestazioni (per esempio: numero di punti uniforme, con però la possibilità di variare il valore del punto allo scopo di meglio considerare le differenze che possono sussistere tra una regione e l'altra);
- d) un'ampia libertà contrattuale tra i partners.

In particolare, (la libertà contrattuale deve dare la possibilità alle parti, ove indicato e efficace, di contribuire al contenimento dei costi grazie all'armonizzazione e al coordinamento e, laddove la differenziazione e la concorrenza si rivelano più appropriate, di scegliere questa strada, rispettivamente di combinare in modo ottimale queste due facoltà. Ciò comprova che il disegno di legge si fonda consapevolmente sulla capacità e la disponibilità delle parti di contribuire ad arginare i costi dell'assicurazione malattia grazie ad una tariffazione liberale e responsabile. Solo se questo scopo non dovesse essere raggiunto, i Cantoni o addirittura la Confederazione dovrebbero prendere provvedimenti e, se del caso, anche molto drastici, al fine di porre le basi per un miglior contenimento dei costi (...)). [Messaggio LAMal, pag. 85]

"Una tariffa o un prezzo fissati dall'autorità costituiscono invece, come attualmente, la regola per la remunerazione di analisi e medicinali (...) come pure, nuovo d'ora in poi, per la determinazione dei prezzi fissi (volume della remunerazione) se si tratta di mezzi e apparecchi a scopo diagnostico e terapeutico (...)". [ibidem pag. 79].

Attraverso la definizione di uno scenario impostato su queste caratteristiche, si persegue l'obiettivo di promuovere una sana concorrenza all'interno dei partners che ruotano attorno al mercato sanitario; e ciò al fine di perseguire l'obiettivo del contenimento generale dei costi della malattia.

A livello di LAMal sono inoltre sanciti in modo specifico i seguenti principi:

- se una delle parti della convenzione è una federazione, la convenzione stessa vincola solo i membri della federazione che hanno aderito singolarmente alla convenzione;
- l'adesione alla convenzione deve essere possibile anche per i non membri della federazione, quando gli stessi esercitano la loro attività nel territorio previsto dalla norma convenzionale;
- sono definiti in particolare inammissibili i seguenti provvedimenti, indipendentemente dal fatto che essi siano contenuti in una condizione tariffale:
 - a) il divieto ai membri della federazione di concludere convenzioni separate;
 - b) l'obbligo ai membri della federazione di aderire alle convenzioni esistenti;
 - c) il divieto di concorrenza fra i membri della federazione;
 - d) i trattamenti di favore e la clausole di esclusività.

Le convenzioni tariffali devono essere approvate dal Governo cantonale competente oppure, se valevoli per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale.

"Inoltre l'autorità che approva deve, prima di approvare la convenzione tariffale, chiedere il parere del Sorvegliante dei prezzi. Ciò risulta dall'art. 14 cpv. 1 della Legge federale del 20 dicembre 1985 sulla sorveglianza dei prezzi. Secondo questa disposizione il Sorvegliante dei prezzi può proporre di rinunciare completamente o in parte a un aumento della tariffa oppure di ridurre una tariffa (troppo elevata) mantenuta abusivamente. L'autorità che approva deve menzionare il parere del Sorvegliante dei prezzi nella decisione di approvazione (o di non approvazione) e motivare un suo eventuale parere contrario (art. 14 cpv. 2 LSPr). Con questo metodo d'analisi concertato secondo criteri chiaramente definiti nella legge, dovrebbe essere possibile, se del caso, incitare le parti alla convenzione a un comportamento moderato e responsabile". [Messaggio LAMal, pag. 86].

In assenza di convenzione tariffale sarà il Governo cantonale, sentite le parti interessate, a stabilire la tariffa sulla base delle modalità definite dalla legge per questa particolarità.

Le considerazioni poc' anzi espresse relative alla partecipazione del Sorvegliante dei prezzi ai sensi dell'art. 14 della Legge federale sulla sorveglianza dei prezzi sono applicabili per analogia nel regime aconvenzionale per la determinazione delle tariffe da parte del Governo cantonale o del Consiglio federale. [ibidem pag. 88].

3.6.1.1 Protezione tariffale nei confronti degli assicurati

La protezione tariffale degli assicurati consiste in due elementi portanti di carattere fondamentale, e segnatamente:

- a) i fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente;
- b) i fornitori di prestazioni non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dal nuovo diritto federale in materia di obbligatorio delle cure medico-sanitarie.

Considerata l'importanza dei due principi testè evidenziati, gli stessi saranno ripresi in forma testuale anche nella legge cantonale.

I due principi legati alla protezione tariffale degli assicurati si applicano sia al settore delle cure ambulatoriali, sia al settore delle cure ospedaliere.

L'impostazione qui richiamata ha validità sia nel sistema del terzo garante, sia per quanto riguarda il sistema del terzo pagante.

In sostanza il fornitore di prestazioni non può presentare una fattura supplementare rispetto ai termini stabiliti nella convenzione, e questo né verso l'assicuratore, né nei confronti dell'assicurato.

Su questo argomento così si esprime il Messaggio del Consiglio federale concernente la LAMal:

"Le tariffe e i prezzi delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie hanno un senso solo se ne viene garantito il rispetto e ciò non soltanto tra le parti (fornitori di prestazioni e assicuratori), ma anche, e soprattutto, riguardo agli assicurati. (...) Nel diritto vigente questa protezione non è garantita in modo uniforme. I medici e le Casse possono prevedere tariffe e una protezione tariffale graduate a seconda della situazione economica degli assicurati (...). Tuttavia, a nostro parere, questo sistema non è più conciliabile con un'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie concepita come assicurazione "popolare". (...)

Questa misura costituisce anche il riscontro e il complemento logico dell'obbligo generale d'assicurazione. (...).

Quest'ultimo punto assume un'importanza particolare per gli assicurati nel sistema del terzo garante, giusta il quale essi sono debitori della remunerazione; ma esso è anche importante nel sistema del terzo pagante, in cui l'assicuratore è il debitore diretto; in quanto gli assicurati non rischiano di ricevere fatture supplementari per le prestazioni accordate ai sensi della legge.

Inoltre, la protezione tariffale si applica all'assicurato, anche se egli, senza particolare motivo medico,

consulta un fornitore di prestazioni di un altro Cantone. In questo caso l'assicuratore deve al massimo assumersi la remunerazione fino all'ammontare della tariffa applicabile al luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato o nei dintorni.

L'assicurato che deve pagare personalmente l'eventuale differenza riguardo alla tariffa dell'altro Cantone è per lo meno protetto dall'applicazione di questa tariffa). [Messaggio LAMal, pag. 81 e 82].

3.6.2 Garanzia di qualità

(Solo fornitori di prestazioni coscienti sia dei costi sia della qualità delle cure, possono contribuire al raggiungimento dello scopo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ossia la garanzia di terapie ottimali a prezzo ragionevole. Di conseguenza, provvedimenti concernenti la garanzia della qualità e l'impiego appropriato delle risorse disponibili devono completare quelli relativi al carattere economico della cura. Ciò si impone particolarmente in un'epoca di rapida evoluzione segnatamente nel campo degli apparecchi medici. La garanzia della qualità deve quindi rappresentare un elemento costante). [Messaggio LAMal, pag. 97].

Per questa ragione l'art. 77 cpv. 1 OAMal specifica che (I fornitori di prestazioni o le loro organizzazioni elaborano concetti e programmi in materia d'esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità. Le modalità d'esecuzione (controllo dell'osservanza, conseguenze dell'inosservanza, finanziamento) sono regolate nelle convenzioni tariffali o nelle convenzioni particolari relative alla garanzia della qualità, stipulate con gli assicuratori o le loro organizzazioni. Questi ordinamenti devono corrispondere al livello di quanto generalmente riconosciuto, tenuto conto dell'economicità delle prestazioni).

L'Ente ospedaliero cantonale si sta occupando della definizione dei criteri per la verifica della garanzia di qualità per gli ospedali pubblici in modo coordinato con quanto avviene negli altri Cantoni.

In particolare per i laboratori i criteri di controllo della qualità sono già stati definiti.

È inoltre allo studio la definizione di criteri uniformi anche per quanto riguarda altri ambiti specifici.

3.7 Contenzioso

3.7.1 Diritto delle assicurazioni sociali / Diritto privato

Una delle principali novità proposte dalla LAMal, consiste nella netta separazione tra l'assicurazione sociale contro le malattie, rapportata al diritto delle assicurazioni sociali, e le assicurazioni complementari, le quali soggiacciono al diritto privato.

Le assicurazioni complementari saranno dunque impostate su contratti di diritto privato.

Per quest'ultima il riferimento va pertanto in direzione della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) e l'autorità di vigilanza nel settore delle assicurazioni complementari diventa l'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP).

3.7.2 Contestazioni tra assicurati e assicuratori

Qualora un assicurato non accetta una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato.

L'assicuratore deve motivare la decisione e indicare il rimedio giuridico.

Le decisioni dell'assicuratore possono a loro volta essere impugnate entro 30 giorni facendo opposizione presso l'assicuratore stesso che le ha notificate (decisione su opposizione).

A quel momento l'assicuratore deve emettere una decisione su opposizione, che deve essere motivata e deve recare indicazioni circa i rimedi di diritto.

A sua volta la decisione su opposizione può essere impugnata, entro 30 giorni dalla notifica, presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni mediante ricorso di diritto amministrativo.

Alla stessa stregua, il Tribunale cantonale delle assicurazioni può essere adito anche in situazione di denegata giustizia, allorché l'assicuratore non emette la decisione su opposizione nei termini poc' anzi richiamati.

Il foro e le norme di procedura sono regolate ex artt. 86 cpv. 3 e 87 LAMal. La procedura deve essere semplice, spedita e, di regola, gratuita per le parti.

3.7.3 Contestazioni tra assicuratori o con terzi

Il Tribunale cantonale delle assicurazioni è competente anche in caso di litigio degli assicuratori tra loro o con terzi (art. 86 cpv. 1 LAMal).

3.7.4. Contestazioni tra assicuratori e fornitori di prestazioni

Come previsto dal diritto attuale, litigi di tale natura sono giudicati da un Tribunale arbitrale cantonale.

A differenza della LAMI, il nuovo ordinamento federale non impone più una procedura conciliativa preliminare tra le parti prima di poter adire il Tribunale arbitrale.

Attraverso la presente legge si intende comunque mantenere, pur se in forma forzatamente potestativa, la possibilità di ricorrere ad una procedura di conciliazione preliminare.

Qualora tale possibilità fosse definita a livello di convenzione, la stessa diventa vincolante per le parti, nel senso che il Tribunale arbitrale potrà essere adito solo se si riscontra un fallimento nella procedura di conciliazione.

Da rilevare che la procedura, in caso di ricorso al Tribunale arbitrale, deve essere semplice e spedita, ma non gratuita.

3.7.5 Contestazioni di decisioni amministrative riguardanti fatti o circostanze che toccano direttamente gli interessi personali dell' assicurato

In conformità ai disposti CEDU, l' accesso al Tribunale cantonale delle assicurazioni deve essere garantito al cittadino che intende contestare decisioni amministrative che lo toccano nei suoi interessi personali diretti.

In questo senso il TCA deve poter essere adito nelle vertenze che toccano i seguenti oggetti:

- a) decisioni che determinano il diritto al sussidio soggettivo o l' importo dello stesso;
- b) decisioni in materia di affiliazione d' ufficio;
- c) decisioni nel merito di domande di esenzione dall' obbligo d' assicurazione;
- d) decisioni nel merito di domande di ammissione all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie;
- e) decisioni in materia di restituzione di sussidi indebitamente percepiti o di condono dell' obbligo di restituzione.

Per queste decisioni sono previsti i seguenti rimedi di diritto:

- a) procedura di reclamo presso l' istanza designata dal Consiglio di Stato che ha emesso la decisione entro 15 giorni dalla notifica;
- b) eventuale successivo ricorso al TCA contro le decisioni su reclamo, nel termine di 30 giorni.

Le novità introdotte attraverso la presente legge si riferiscono alle contestazioni che toccano:

- a) l' ammontare del sussidio soggettivo [anche per questa fattispecie è istituito il diritto di reclamo presso l' autorità amministrativa che ha emesso la decisione e non più, come nella situazione attuale, l' imposizione della richiesta preliminare di una decisione su opposizione (ai sensi dell' attuale diritto: decisione formale) all' assicuratore];
- b) le decisioni di affiliazione coattiva ad un assicuratore;
- c) le decisioni di esenzione dall' obbligo d' assicurazione (nuovo con la LAMal);
- d) le decisioni in merito alle richieste di ammissione al sistema assicurativo svizzero contro le malattie (nuovo con la LAMal);
- e) decisioni nel merito di domande di restituzione di sussidi o di condono dell' obbligo della restituzione.

3.7.6 Sentenze in materia di assicurazioni complementari

Attraverso la LAMal è stata modificata anche la Legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privati.

L' art. 47 cpv. 2 e cpv. 3 di detta normativa stabilisce che per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all' assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni abbiano a prevedere una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice stabilisce d' ufficio i fatti e apprezza liberamente le prove. Di regola, per i procedimenti ricorsuali di cui sopra, non possono essere attribuite spese procedurali alle parti.

Il giudice può tuttavia mettere le spese di cui sopra, globalmente o parzialmente, a carico della parte in colpa.

Come già evidenziato al p.to 3.7.1, le assicurazioni complementari sono state inserite nel diritto privato, il che implicherebbe vie di diritto ai sensi della procedura civile.

Questo Consiglio di Stato ha inteso tuttavia attribuire al TCA la competenza di decidere nel merito delle vertenze relative alle assicurazioni complementari.

Senza voler esprimere giudizi di merito circa questa suddivisione netta tra assicurazione sociale e assicurazioni complementari decretata dal nuovo diritto federale in materia di assicurazione contro le malattie, bisogna pur convenire che di fatto, nella maggioranza delle situazioni, i due rami di assicurazione sono praticati dal medesimo assicuratore.

In questa situazione, sullo stesso certificato appaiono tutte le forme assicurative scelte dal cittadino

Per ragioni di chiarezza e di trasparenza nei confronti del cittadino stesso, questo Consiglio di Stato non giudica provvido prevedere due vie ricorsuali differenti.

In questa situazione si rischierebbe infatti di ingenerare confusioni e incertezze nell' utente, al punto che lo stesso può essere indotto a rinunciare all' esercizio dei propri diritti fondamentali, posto di fronte ad una procedura complessa.

La stessa decisione se adire il TCA o il foro civile per una determinata contestazione, implica conoscenze specifiche che non possono essere considerate alla portata di ogni cittadino

L' opzione del "giudice unico" è per tutto quanto concerne l' assicurazione contro le malattie praticata da un assicuratore autorizzato all' esercizio ai sensi della LAMal (assicurazione sociale contro le malattie e assicurazioni complementari) è del resto stata invocata anche dal relatore nel corso della seduta del Consiglio degli Stati del 15 dicembre 1993.

Analizzando un caso concreto, la situazione appare particolarmente evidente.

Si consideri infatti che per gli ospedali privati - o per i reparti privati degli ospedali pubblici - riconosciuti nella pianificazione, gli oneri a carico dell' assicurato sono regolati dall' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie fino all' ammontare della fatturazione relativa alla camera comune e dall' assicurazione complementare "camera privata" per il resto.

In caso di contestazione del riconoscimento delle prestazioni da parte dell' assicuratore, il cittadino dovrebbe adire sia il TCA per il segmento assicurativo di base (procedura amministrativa), e nel contempo seguire la

procedura civile per l'assicurazione complementare.

Due giudici dovrebbero statuire sul medesimo oggetto; fatto, questo, altamente problematico sia di per sé, sia per i tempi di evasione che implica.

Prima di emettere il suo giudizio, un giudice sarà portato ad attendere le conclusioni dell'altro.

Anche per questa ragione di ordine eminentemente pratico si impone la definizione di un unico foro di giudizio.

Per semplificare le procedure di esercizio di un diritto fondamentale - garantendo nel contempo ad ogni cittadino il pieno diritto formale e sostanziale di contestare una decisione resa dall'assicuratore - appare equo individuare un'unica via per l'esercizio dei rimedi di diritto.

Questa via, come detto, è stata individuata nel TCA, istanza di ricorso del resto prevista per le contestazioni in materia di assicurazione sociale contro le malattie.

Con tale impostazione si conferisce ad un'unica istanza la competenza di giudizio in ogni settore dell'assicurazione contro le malattie; il che costituisce di per sé un fattore positivo. Bisogna inoltre ritenere che il più delle volte, prima di adire la via di giudizio, l'assicurato sarà portato a chiedere una decisione su opposizione, anche se questa procedura non è necessaria nel caso di assicurazioni complementari.

Presupponendo un ricorso all'autorità di giudizio, l'assicuratore sarà comunque chiamato, di fronte a similare richiesta, a riesaminare la pratica, e quindi a confermare una sua determinata decisione solo se assume sufficiente sicurezza che quest'ultima possa poi trovare conferma.

Nel quadro delle assicurazioni complementari la LAMal non pone del resto norme di principio solo per gli ambiti fin qui già considerati (principi di diritto, autorizzazioni all'esercizio, sorveglianza degli assicuratori, vie di ricorso).

L'art. 102 cpv. 2 LAMal specifica infatti altri due concetti fondamentali:

- a) le disposizioni delle Casse in materia di prestazioni medico-sanitarie eccedenti quelle d'obbligo ex LAMal devono essere adeguate al nuovo diritto entro un anno dall'entrata in vigore della LAMal (ossia fino al 31.12.1996). Fino a quel momento i diritti e gli obblighi degli assicurati sono retti dal diritto della LAMal;
- b) in regime LAMal le Casse malati devono offrire ai propri assicurati contratti di almeno pari copertura assicurativa rispetto a quella di cui beneficiavano prima. I periodi d'assicurazione compiuti secondo il previgente diritto sono computati per la determinazione dei premi.

3.7.7 Altre decisioni in materia di LCAMal

Le vie ordinarie di diritto relativamente alla materia regolata dalla presente legge risultano essere:

- a) il TCA o il Tribunale arbitrale per le competenze definite dalla LAMal e dalla LCAMal stessa;
- b) il Consiglio di Stato, previa applicazione dell'istituto del reclamo, per ogni altra decisione che esula dalle competenze delle due istanze di giudizio sopra menzionate (Legge di procedura per le cause amministrative).

Contro le decisioni del Consiglio di Stato è poi dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo. Quest'ultima impostazione appare una novità rispetto al diritto cantonale vigente, dove l'accesso al Tribunale cantonale amministrativo è previsto solo nel caso di decisioni del Governo cantonale in materia di disdetta della convenzione che autorizza all'esercizio dell'assicurazione sociale contro le malattie sul territorio cantonale.

3.8 Disposizioni penali

La LAMal richiama le disposizioni penali nei confronti di determinate infrazioni di legge.

L'art. 92 della legge federale prevede che sia punito con la detenzione sino a sei mesi o con la multa, salvo si tratti di un crimine o di un delitto passibile di una pena più grave secondo il Codice penale, chiunque:

- a. mediante indicazioni false o incomplete, oppure altrimenti, si sottrae in tutto o in parte all'obbligo di assicurarsi;
- b. mediante indicazioni false o incomplete, oppure altrimenti, ottiene per sé stesso o per terzi, senza che gli spetti, una prestazione secondo la LAMal;
- c. in veste di organo esecutivo ai sensi della LAMal, viola i suoi obblighi, segnatamente l'obbligo del segreto o abusa della sua funzione a detrimento altrui, a suo profitto o a profitto indebito di terzi.

Dal canto suo l'art. 93 della legge federale specifica che è punito con l'arresto o con la multa chiunque intenzionalmente:

- a. violando l'obbligo d'informare, dà informazioni inveritiere o rifiuta di dare informazioni;
- b. si sottrae all'obbligo d'assistenza giudiziaria e amministrativa ai sensi dell'articolo 82 LAMal;
- c. si oppone a un controllo ordinato dall'autorità di sorveglianza o lo rende altrimenti impossibile.

Siccome ex art. 95 LAMal l'azione penale spetta ai Cantoni, la presente legge regola la fattispecie considerando due grandi categorie di infrazioni:

- a) le infrazioni "minori", punibili in via potestativa con un'ammenda da fr. 50.- a fr. 500.- (violazione dell'obbligo di assicurazione e dell'obbligo di fornire informazioni);
- b) le infrazioni "maggiori" punite in via perentoria con una multa fino fr. 20' 000.- (altre infrazioni menzionate in entrata di capitolo).

3.9 Disposizioni transitorie

3.9.1 Contratti stipulati secondo il previgente diritto

Si è inteso riprendere, al proposito, la norma di cui all' art. 102 cpv. 4 LAMal (prime due frasi), nel senso che i contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero Casse malati riconosciute per rischi coperti dall' assicurazione medico-sanitaria obbligatoria secondo la LAMal, decadono all' entrata in vigore di quest' ultima.

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

Si tratta di un richiamo a titolo abbondanziale, che comunque serve a ribadire una fattispecie che sicuramente avrà modo di verificarsi all' entrata in vigore del nuovo diritto federale.

Questo disposto risulterà inoltre fondamentale in sede di applicazione e di controllo dell' obbligo d' assicurazione.

Il fine di tale norma è quello di indicare che per le persone che eleggono il domicilio in Svizzera, l' obbligo d' assicurazione inizia regolarmente e sempre nei termini di legge.

Una persona non può quindi invocare una sanatoria nel quadro dell' obbligo d' assicurazione fino alla scadenza del precedente contratto assicurativo stipulato all' estero.

Ciò infatti non è previsto dalla legge, al di fuori, ovviamente, dei disposti di ordine particolare che regolano la situazione di quelle persone assicurate obbligatoriamente in virtù di un diritto estero, quando l' assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e quando è appurato che in ogni caso l' assicuratore estero copre anche in Svizzera le medesime prestazioni definite dalla LAMal e dalle relative Ordinanze.

Ma su quest' ultimo aspetto si ritornerà in sede di commento degli specifici articoli di legge.

3.9.2 Criteri di definizione del sussidio agli assicurati

Già si è avuto modo di mettere in evidenza, nel capitolo specifico dedicato ai sussidi agli assicurati, come il ricorso al parametro fiscale del reddito imponibile non costituisca un orientamento consono alle moderne politiche in fatto di prestazioni sociali.

La definizione del minimo vitale - e di conseguenza anche dei criteri categoriali per sopperire al non raggiungimento di questo minimo vitale - dovrebbe avvenire a partire da altri criteri maggiormente indicativi della situazione economica dell' assicurato.

Il riferimento, in questo caso, va specificatamente al reddito disponibile, tenuto conto in modo equo anche della composizione numerica dell' economia domestica (unità di consumo).

Allo stato attuale non siamo in grado di presentare un modello di sussidiamento che possa far riferimento ai criteri di cui sopra.

Comunque, intendiamo affermare il principio, pur se di carattere generale, secondo cui quando saranno consolidati criteri più moderni in fatto di individuazione economica del disagio sociale, gli stessi dovranno sostituirsi a quelli su cui è impostata questa legge.

Ovviamente, a quel momento, si tratterà di apportare emendamenti di rilievo, per cui si renderà necessaria una modifica della legge stessa.

3.10 Disposizioni finali e abrogative

3.10.1 Regolamento

A questa legge dovrà far seguito un Regolamento che ne specifichi i contenuti.

Si prevede tuttavia che in forma transitoria possano restare in vigore i disposti di cui al regolamento della legge vigente (Reg. LCAM del 18 maggio 1994), per quanto ovviamente non in contrasto con questa legge o con l' ordinamento federale.

Alcuni disposti di principio dell' attuale Reg. LCAM - e segnatamente nei settori del controllo dell' obbligo d' assicurazione, delle norme relative al certificato d' assicurazione, del sussidio agli assicurati, dell' accertamento del reddito al di fuori della tassazione, del controllo degli assicuratori, dell' esazione dei premi e delle partecipazioni, delle convenzioni - possono entrare in linea di conto nel quadro dell' applicazione della LCAMal, e questo fino all' entrata in vigore di nuove disposizioni regolamentari.

Gli stessi si rifanno ai seguenti aspetti:

- a) obbligo ai Comuni di procedere ai controlli dell' applicazione dell' obbligo d' assicurazione e disposizioni generali in materia di controllo dell' obbligo assicurativo (art. 2, 4 a 7, 9, 15, 16 Reg. LCAM);
- b) norme per l' affiliazione d' ufficio dei cittadini soggetti all' obbligo d' assicurazione che rifiutano di iscriversi presso un assicuratore riconosciuto (art. 12 Reg. LCAM);
- c) esazione e pagamenti delle spese scoperte per assicurati colpiti da attestato di carenza di beni (artt. 82 - 85 Reg. LCAM);
- d) forma e contenuto dell' attestato di assicurazione (artt. 29 cpv. 1 e 30 Reg. LCAM);
- e) norme di applicazione del sussidio (artt. 18 e 44 - 55, 57 a 60 Reg. LCAM);
- f) norme per il versamento dei sussidi (artt. 62 - 65 Reg. LCAM);
- g) norme di accertamento del reddito al di fuori, o in assenza, di tassazione fiscale applicabile (artt. 67 - 72 Reg. LCAM);
- h) norme di controllo verso gli assicuratori e ispezioni (artt. 76 - 79 cpv. 1, 80, 81 Reg. LCAM).

3.10.2 Abrogazione della LCAM, del DL provvisorio e entrata in vigore della LCAMal

L' entrata in vigore del nuovo diritto federale (1° gennaio 1996) segna il decadimento dell' attuale legge

cantonale.

La LAMal e l' Ordinanza concernente la sua introduzione, prevedono che il Cantone abbia a definire alcune norme di sua competenza entro il 1. gennaio 1996, riguardanti segnatamente:

- i sussidi agli assicurati (con l' inflessione di cui comunque già si è detto in relazione alle competenze del Governo cantonale di emettere un ordinamento provvisorio);
- il controllo dell' obbligo d' assicurazione;
- la designazione dell' organo di ricusa;
- la definizione delle competenze e delle procedure nel quadro del contenzioso relativo alle assicurazioni complementari.

Per quanto riguarda specificatamente le norme che devono presiedere ai sussidi agli assicurati, per l' anno 1996 resterà comunque in vigore nei termini fissati - ossia fino al 31 dicembre 1996 - il decreto esecutivo provvisorio (DE 17 luglio 1995).

Le norme stabilite in questo DE non sono in contrasto con la presente legge e in ogni caso questo ordinamento provvisorio contiene disposizioni contingenti relative all' esercizio dei sussidi per l' anno 1996 (in particolare: definizione del periodo fiscale determinante, disposti per gli assicurati beneficiari di PC AVS/AI).

Gli altri provvedimenti di competenza cantonale testè richiamati sono stati ripresi dal Decreto legislativo provvisorio di applicazione della LAMal (del 22 novembre 1995).

Tale DL provvisorio decadrà all' entrata in vigore della presente legge.

Il fatto poi che le assicurazioni complementari all' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie saranno soggette al diritto privato, implica una conseguente revisione della normativa in merito alle azioni verso il TCA.

La stessa è inoltre stata emendata nel senso di quanto già indicato al p.to 3.7.5 di questo Messaggio.

3.11 Modifica di altre leggi

La LAMal ha determinato anche una modifica della Legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all' assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l' invalidità, in base alla quale il premio assicurativo non sarà più compreso nel calcolo PC.

Questo Consiglio di Stato esprime comunque l' intenzione di mantenere il principio secondo cui il premio dell' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, per le persone beneficiarie di PC AVS/AI, sia versato direttamente dall' amministrazione cantonale agli assicuratori.

Si tratta di un servizio molto utile che lo Stato intende garantire ai beneficiari di PC AVS/AI.

Sovente si tratta infatti di persone anziane o con problemi di salute, che possono presentare qualche difficoltà a gestire in proprio le pratiche amministrative ricorrenti.

Ma su questo aspetto si ritornerà in prosieguo con considerazioni di dettaglio nel quadro del commento agli specifici articoli di legge.

Si rivela comunque necessario, in questo contesto, inserire un nuovo capoverso all' art 21 della Legge cantonale concernente le prestazioni complementari all' assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l' invalidità, che stabilisca in via definitiva il principio secondo cui gli organi amministrativi cantonali versano direttamente agli assicuratori il premio lordo delle persone beneficiarie di PC AVS/AI, dopo aver ritenuto nei casi singoli la parte di premio computata a carico della PC ai sensi della presente legge.

4. RIPERCUSSIONI DELLA PRESENTE LEGGE DAL PROFILO AMMINISTRATIVO

4.1 Per il Cantone

Nell' ambito della gestione amministrativa delle procedure legate al sussidio agli assicurati, la presente legge non determinerà alcun aggravio amministrativo di rilievo rispetto alla situazione attuale, che del resto già tien conto delle nuove esigenze della LAMal.

Già nel corso del corrente anno si sta operando sulle pratiche di sussidio per l' anno 1996. Come da pratica corrente, gli assicurati tassati in via ordinaria presentano infatti la loro istanza di sussidio nel corso dell' anno che precede quello dell' effettiva corresponsione della sovvenzione.

Lo stesso discorso vale per la vigilanza sull' obbligo d' assicurazione.

Per quanto riguarda l' aspetto relativo al contenzioso, il fatto che per ogni settore legato all' assicurazione contro le malattie - comprese le assicurazioni complementari ai sensi dell' art. 12 cpv. 2 e cpv. 3 LAMal - le vie di diritto siano date al Tribunale cantonale delle assicurazioni, crea di sicuro un aggravio a quest' ultima istanza giudiziaria.

Non potrà pertanto essere escluso un potenziamento delle unità operative presso questo Tribunale, e ciò in ragione della mole supplementare di lavoro a cui s' è poc' anzi accennato.

4.2 Per i Comuni

Analogo discorso vale per i Comuni, i quali sono chiamati a svolgere i medesimi compiti fissati dal diritto vigente.

Nell' ambito del controllo dell' obbligo assicurativo, le procedure amministrative sono addirittura ridotte dal fatto che lo stesso obbligo sarà applicato in forma generalizzata.

Decadono infatti le norme particolari di applicazione dell' obbligo assicurativo determinate dal diritto cantonale vigente nei casi di persone nate prima del 1. gennaio 1937.

4.3 Per gli assicuratori

Per gli assicuratori, i compiti amministrativi derivanti dall' applicazione del diritto cantonale sono già sensibilmente diminuiti con la modifica della LCAM decisa dal Parlamento nel 1993.

A seguito di tale modifica - e con la relativa presa a carico di talune attività da parte dell' amministrazione cantonale -, gli assicuratori sono stati sgravati, in particolare, dei seguenti compiti amministrativi:

- a) calcolo del sussidio agli assicurati;
- b) procedure di scambio preliminare dei dati con il Cantone in relazione all' applicazione del sussidio agli assicurati (oggi gli assicuratori ricevono gli elenchi degli assicurati beneficiari del sussidio, con l' importo della sovvenzione già calcolato ed altre informazioni utili per la sua applicazione);
- c) accertamento del reddito dell' assicurato quando la tassazione fiscale ordinaria non risultava applicabile (compito oggi svolto in forma centralizzata dall' amministrazione cantonale).

Con l' introduzione del nuovo diritto federale e della presente legge, gli assicuratori si troveranno ulteriormente sgravati dei seguenti compiti amministrativi:

- a) stesura del piano contabile cantonale;
- b) aspetti attinenti all' applicazione delle assicurazioni collettive nel campo delle cure medico-sanitarie.

5. COMMENTO AI VARI ARTICOLI

Premessa

Seguirà un commento di dettaglio riguardante problematiche di ordine particolare non trattate nell' ambito della disamina di cui alle parti precedenti del Messaggio.

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 3

La vigilanza circa l' applicazione della legge risulta essere un fattore di fondamentale importanza nell' ottica del raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge stessa.

Vengono pertanto definiti i seguenti principi:

- a) vigilanza particolare: il Consiglio di Stato vigila sull' applicazione della LCAMal, con particolare riferimento alle norme di diritto cantonale;
 - b) vigilanza di ordine generale: l' Esecutivo cantonale vigila inoltre, senza entrare in conflitto con le competenze specifiche dell' autorità federale, sull' applicazione della LAMal nel Cantone Ticino
- Per quanto riguarda la lett. b) di cui sopra, non si tratterà di certo di sovrapporsi alle operazioni di vigilanza disposte dagli organi federali, né di creare al riguardo inutili doppioni.

L' obiettivo e per contro di duplice natura, e segnatamente:

- a) coadiuvare l' autorità federale nelle operazioni di vigilanza e di controllo, con la segnalazione di situazioni anomale;
 - b) offrire ai cittadini ticinesi la garanzia secondo cui i disposti federali nel settore dell' assicurazione sociale contro le malattie trovino puntuale e corretta applicazione nel complesso, ma anche nei casi singoli.
- Il compito di "mediazione attiva" tra il cittadino e i principi normativi stabiliti da una legge, contribuisce di certo ad avvicinare lo stesso cittadino allo Stato e ai suoi ordinamenti.

Articolo 4

Senza un corretto e completo scambio di informazioni non sarà mai possibile operare di concerto al fine di raggiungere gli obiettivi della legge.

Le autorità cantonali e comunali dovranno pertanto fornire gratuitamente agli assicuratori, così come agli organi specifici incaricati dell' applicazione della legge, le informazioni puntuali relative soprattutto a casi particolari.

Di seguito saranno elencate, in modo non esaustivo, alcune situazioni dove le informazioni devono essere particolarmente curate:

- data di arrivo dei cittadini in un Comune (compito dei Comuni);
- data d' arrivo in Svizzera di un cittadino straniero (compito dell' autorità cantonale in materia di polizia degli stranieri);
- data del rilascio di un permesso di lavoro (compito degli organi cantonali di controllo nel settore della manodopera estera);
- data dell' inizio o della fine di un periodo di attività lucrativa (compito del datore di lavoro);
- conferma se un cittadino è assicurato o meno ai sensi di legge (compito del Cantone);
- informazione circa procedure esecutive o attestato di carenza di beni (compito dell' autorità di esecuzione);
- informazione nei confronti dell' autorità cantonale di vigilanza circa l' ammontare dei premi e il numero di assicurati (compito dell' assicuratore).

Articolo 5 cpv. 2

Le informazioni che gli assicuratori sono tenuti a fornire all' autorità cantonale di vigilanza ai sensi della

LAMal si riferiscono, in particolare, ai seguenti settori:

- indicazione di dettaglio dei premi assicurativi applicati e statistica degli assicurati;
- flussi degli assicurati (entrate, uscite);
- informazioni relative a pratiche assicurative singole (in corso o concluse), per le finalità già richiamate al p.to 3.1;
- riscontri circa le informazioni fornite dal Cantone relative al sussidio per ogni singolo assicurato (stralci, mutazioni, decessi, assicurato beneficiario di PC AVS/AI, assicurato iscritto in forme particolari di assicurazione, ...).

TITOLO II - OBBLIGO D' ASSICURAZIONE

Articolo 7 cpv. 2

È ritenuto equo concedere la libera scelta dell' assicurazione anche alle persone che non sono tenute ad assicurarsi in forma obbligatoria, ma che ai sensi di legge hanno ottenuto l' autorizzazione cantonale ad iscriversi all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie.

In assenza di una norma simile può verificarsi la situazione di una persona che riceve l' autorizzazione ad iscriversi presso l' assicurazione svizzera, ma non trova assicuratori disposti ad affiliarla se risulta assimilabile ad un "cattivo rischio".

Se la legge federale, pur entro quei limiti ripresi dalla presente legge, consente ad una persona non soggetta all' obbligo d' assicurazione di poter aderire al sistema assicurativo svizzero, vien definito un diritto soggettivo nei confronti della persona interessata.

Di conseguenza occorre offrire a questa persona la possibilità di esercitare tale diritto, nel rispetto del criterio della parità di trattamento.

Articolo 8

Qualora una persona si iscrivesse presso un assicuratore oltre il termine imperativo fissato per legge circa l' inizio dell' obbligo assicurativo, l' autorità preposta al controllo procederà ad anticipare d' ufficio il termine d' affiliazione, e ciò per evitare periodi di vuoto assicurativo.

I periodi di vuoto assicurativo determinano infatti le seguenti contingenze:

- a) impediscono la piena realizzazione del principio della solidarietà [la sottrazione in toto o anche in parte dall' obbligo d' assicurarsi comporta una sanzione ex art. 92 lett. a) LAMal];
- b) è suscettibile di creare spese medico-sanitarie che in caso di impossibilità del cittadino di farvi fronte, rischiano di cadere a carico della comunità.

Non sarebbe equo se la comunità avesse a doversi assumere gli oneri derivanti da cittadini inadempienti nei confronti di un obbligo di legge (nel caso: obbligo d' assicurazione).

In caso di affiliazione tardiva:

- alla persona interessata può essere inflitta una multa (cfr. p.to 3.8);
- il supplemento di premio viene definito dall' assicuratore secondo criteri dettati dal Consiglio Federale; e questo in forza di legge (artt. 5 cpv. 2 LAMal e 8 OAMal).

Articolo 10

La norma qui introdotta si riferisce all' art. 2 cpv. 1 lett. b) OAMal.

Articolo 12 cpv. 2

L' elencazione delle situazioni in cui l' autorità di vigilanza decide in merito all' esenzione dall' obbligo d' assicurazione, rispettivamente all' ammissione all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie, si riferiscono agli artt. 1 cpv. 2 lett. b), 2 cpv. 2 e cpv. 3, 3, 6 cpv. 1 e cpv. 3 OAMal.

Per la richiesta di esenzione dall' obbligo d' assicurazione, l' autorità amministrativa allestirà gli appropriati moduli ufficiali.

Da rilevare che per decretare l' esenzione dall' obbligo d' assicurazione devono verificarsi cumulativamente le tre condizioni seguenti:

- a) la persona interessata deve essere soggetta all' obbligo assicurativo in virtù di un diritto estero (quindi non deve trattarsi solo di assicurazione volontaria);
- b) il premio assicurativo deve essere a carico del postulante;
- c) l' assicuratore presso cui è iscritta la persona che postula l' esonero deve coprire, per le cure in Svizzera, le medesime prestazioni previste dalla LAMal e dalle relative ordinanze; e questo alle medesime condizioni definite dal diritto svizzero.

Articolo 15

Viene definito il principio secondo cui l' assicuratore è obbligato ad iscrivere ogni persona soggetta ad obbligatorietà assicurativa delle cure medico sanitarie che ne postuli l' ammissione, indipendentemente dall' età o dallo stato di salute del postulante. Le motivazioni relative al cpv. 2 sono le medesime di quelle già espresse in sede di commento all' art. 7 cpv. 2.

Articolo 17

In caso di inadempienza nei confronti dell' obbligo d' assicurazione di un suo dipendente, il datore di lavoro non deve rivolgersi direttamente all' autorità cantonale di vigilanza, ma al Comune di residenza della

persona coinvolta.

Sarà poi il Comune, seguendo la prassi ordinaria, a dover informare l' autorità cantonale.

Ambedue queste procedure - annuncio del datore di lavoro al Comune, rispettivamente del Comune al Cantone - devono avvenire in forma tempestiva (immediatamente, ex lege).

Articolo 18

Il controllo dell' obbligo d' assicurazione deve estendersi a tutta la popolazione residente nel Cantone Ticino. In base a questo principio, deve essere consentito all' autorità cantonale di conoscere anche il nominativo di quelle persone che sono esentate dall' obbligo d' assicurazione in virtù di un particolare disposto federale.

Articolo 19

Relativamente all' iscrizione coattiva presso un assicuratore, devono valere i principi seguenti:

a) si deve essere in presenza di un rifiuto della persona interessata di iscriversi presso un assicuratore ai sensi di legge;

b) la persona renitente deve essere preventivamente diffidata, onde consentirle, in caso di ravvedimento, di esercitare la libera scelta dell' assicuratore.

In relazione alle procedure di affiliazione coattiva, è inoltre ritenuto equo definire un termine di perenzione, qui fissato in cinque anni.

TITOLO III - ESAZIONE E PAGAMENTI

Articolo 20 cpv. 2

La procedura di rimborso dei crediti scoperti si applica esclusivamente alle persone soggette ope legis all' obbligatorietà assicurativa.

Per gli assicurati che si iscrivono facoltativamente - sempre nel settore delle cure medico-sanitarie -, in caso di morosità persistente l' assicuratore procederà nei termini definiti dall' OAMal (sospensione delle prestazioni e successivamente scioglimento del rapporto assicurativo).

Articolo 21

È ritenuto equo chiedere all' assicuratore di promuovere una nuova procedura esecutiva, qualora si possa oggettivamente presumere che nel frattempo la situazione economica dell' interessato sia migliorata.

Se l' autorità competente subordina il pagamento dei crediti scoperti all' apertura di una nuova procedura esecutiva, durante il periodo necessario agli accertamenti ulteriori dovranno tuttavia valere i disposti di cui all' art 22 cpv. 1 (gli assicuratori dovranno coprire integralmente e in forma continuata le prestazioni d' obbligo).

TITOLO IV - SUSSIDI AGLI ASSICURATI

Articolo 24

Viene specificato che il sussidio soggettivo nell' assicurazione sociale contro le malattie è concesso solo agli assicurati che devono sottostare ex LAMal all' obbligo assicurativo.

I lavoratori frontalieri, che ex OAMal potrebbero chiedere di essere assicurati per le malattie sulla base del nuovo diritto federale (in via facoltativa), così come le altre categorie di persone che possono chiedere di essere ammesse in via facoltativa al sistema assicurativo svizzero, non saranno posti al beneficio del sussidio.

Articolo 26

Una considerazione particolare deve essere formulata a proposito dei (coniugi separati di fatto). In virtù del precedente diritto tributario, quest' ultimi, contrariamente alle coppie separate per sentenza giudiziaria, non disponevano di tassazioni autonome, ma unicamente di una tassazione congiunta.

Per questa ragione il DE provvisorio relativo ai sussidi per l' anno 1996 li assimila al concetto famiglia.

Con la nuova Legge tributaria cantonale del 21 giugno 1994, il reddito e la sostanza dei (coniugi separati di fatto) sono tassati disgiuntamente (tassazione 1995/1996).

Essi sono considerati pertanto come due contribuenti distinti e presentano ognuno la propria dichiarazione d' imposta.

Pertanto quando il coniuge separato di fatto è in possesso della propria tassazione singola, lo stesso sarà equiparato a persona sola.

Da rilevare inoltre che i giovani in formazione tra i 18 e i 25 anni - ai quali si applica un premio assicurativo ridotto - sono comunque assimilabili a persone sole.

Articolo 27

Per definire il concetto figlio si ricorre al CCS.

Il termine di 18 anni per passaggio dallo statuto di figlio a quello di persona sola riprende l' ordinamento della LAMal in fatto di premi assicurativi: il premio per adulti è infatti corrisposto a partire dalla fine dell' anno in cui l' assicurato compie 18 anni.

Le coppie non coniugate saranno pertanto assimilabili al concetto di famiglia solo quando convivono con un figlio ai sensi di cui sopra.

Qualora un solo membro della coppia non coniugata fosse da considerare ai sensi di CCS genitore del figlio

mentre l' altro n., il primo, con il figlio, verrà assimilato al concetto di famiglia, mentre il secondo risulterà persona sola.

Al proposito si farà riferimento all' art. 252 CCS.

Articolo 28

Riprende il medesimo concetto già espresso attraverso il diritto cantonale vigente, richiamando in particolare la norma dell' istanza di sussidio da parte dell' assicurato.

Articolo 29

Per quanto attiene ai limiti di reddito che conferiscono il diritto al sussidio, si rimanda alla disamina proposta nella parte specifica di questo Messaggio.

Articolo 30

Si richiama la medesima norma contenuta nel diritto vigente.

Viene altresì specificato che per definire il reddito determinante al fine di statuire circa il diritto al sussidio e l' eventuale ammontare della sovvenzione, oltre alla tassazione ordinaria o intermedia relativa al biennio fiscale stabilito dal Consiglio di Stato, è lecito riferirsi anche alla tassazione intermedia più recente e relativa all' anno di competenza.

Trattandosi di una sovvenzione di carattere eminentemente sociale, il sussidio nell' assicurazione contro le malattie, pur basandosi sui dati fiscali dell' istante, deve comunque tenere conto della situazione economica più vicina al momento in cui l' assicurato richiede il sussidio soggettivo.

Diventa pertanto importante non solo definire il principio generico del ricorso della tassazione intermedia quale indicatore della situazione economico-finanziaria più prossima, ma anche quello della tassazione intermedia relativa all' anno di competenza.

Articolo 32

Il limite di reddito per il sussidio nei casi di ricorso al reddito di riferimento (R.Rif.) è portato a fr. 50' 000.-- (precedentemente fr. 30' 000.--: modifica apportata con il DE che regola i sussidi per l' anno 1995 e ripresa dal DE provvisorio che definisce i criteri per il sussidio 1996).

Articolo 33

La LAMal prevede la possibilità di sospendere la copertura assicurativa del rischio di infortunio fintanto che la persona interessata è interamente coperta per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la LAINF.

L' assicurato deve chiedere questa sospensione, fornendo all' assicuratore le prove della sua copertura LAINF.

In questo caso il premio è ridotto in proporzione.

Gli assicuratori offrono pertanto due tipi di premio per l' assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie:

a) un premio assicurativo comprensivo del rischio d' infortunio;

b) un premio assicurativo senza tale rischio.

Per definire il premio riconosciuto per ogni assicuratore al fine del calcolo e dell' applicazione del sussidio, si parte dai presupposti seguenti:

a) si tiene conto del premio assicurativo obbligatorio, nella situazione di franchigia ordinaria;

b) si considera un' equa ponderazione tra il premio assicurativo obbligatorio delle cure medico-sanitarie comprendente la copertura del rischio di infortunio e quello senza tale copertura.

Per equa ponderazione è da intendere il tasso presumibile di persone con attività lucrativa dipendente e il tasso di persone senza attività lucrativa.

Al fine dell' applicazione del sussidio, per ogni assicuratore saranno definiti tre premi riconosciuti:

a) il premio riconosciuto per assicurati adulti;

b) il premio riconosciuto per giovani adulti in formazione di età compresa tra 18 e 25 anni;

c) il premio riconosciuto per assicurati minorenni (fino alla fine dell' anno in cui compiono 18 anni).

Qualora un assicuratore praticasse più premi sul territorio cantonale (possibilità concessa giusta l' art. 61 cpv. 2 LAMal), per la determinazione del premio riconosciuto per i sussidi farà stato unicamente il premio assicurativo più basso praticato per la categoria di assicurati considerata (adulti o minorenni).

Articolo 34

Con il nuovo regime LAMal il premio dell' assicurazione obbligatoria contro le malattie si riferirà unicamente alle cure medico-sanitarie di base.

Gli oneri per le riserve legali saranno pure rapportati esclusivamente all' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il piano contabile federale richiederà l' indicazione delle spese amministrative unicamente per quanto riguarda l' assicurazione obbligatoria (le assicurazioni complementari, così come l' assicurazione di indennità giornaliera, saranno oggetto di un piano contabile proprio e distinto).

Tali spese amministrative saranno inoltre controllate direttamente dall' UFAS.

Trattandosi di un pacchetto assicurativo identico per tutti gli assicuratori, la definizione della quota media cantonale ponderata non richiederà più l' esigenza di ulteriori fattori di ponderazione, e in tal modo si potrà basare su due soli elementi:

a) i premi riconosciuti ai sensi della LCAMal, così come approvati dal Consiglio di Stato, e comprensivi di

ogni onere di legge legato a questo specifico settore dell' assicurazione (costi per prestazioni, riserve, spese amministrative);

b) gli assicurati iscritti presso i singoli assicuratori.

La LCAMaI reca tre importanti novità in relazione alla definizione della quota media cantonale ponderata (qmcp), e precisamente:

a) non necessariamente devono essere considerati i premi di tutti gli assicuratori (e questo in ragione del fatto che non potrà più essere prevista una specifica autorizzazione cantonale per l' esercizio dell' assicurazione sociale contro le malattie: ogni assicuratore autorizzato dall' UFAS potrà esercitare dunque l' assicurazione sociale nel Cantone Ticino);

b) bisogna comunque prendere in considerazione i premi degli assicuratori che riuniscono almeno i 2/3 degli assicurati del Cantone Ticino;

c) il Consiglio di Stato può escludere dal calcolo della qmcp quegli assicuratori che propongono premi sensibilmente superiori al valore medio cantonale.

Con quest' ultima norma si intende esercitare un' azione di moderazione e di calmiera sulla crescita dei premi assicurativi nel Cantone Ticino

Gli assicurati sfavoriti nel sussidio a causa di premi alti praticati dall' assicuratore presso cui sono iscritti, potranno sempre far valere il diritto al libero passaggio integrale e cambiare d' assicuratore.

Il Consiglio di Stato determinerà due forme di qmcp:

a) la qmcp per assicurati adulti (comprensiva dei giovani adulti in formazione di età compresa tra 18 e 25 anni);

b) la qmcp per assicurati minorenni [fino alla fine dell' anno in cui compiono 18 anni (art. 61 cpv. 3 LAMaI, prima fase)].

Si ricorda infine, a titolo abbondanziale, che con il nuovo regime LAMaI non sarà più data facoltà ai Cantoni di dotarsi di un proprio piano contabile.

Articoli 35 e 36

Per quanto attiene alla determinazione della quota minima a carico dell' assicurato sussidiato, si rimanda al commento espresso nella prima parte del Messaggio [p.ti 3.4.7.5 e 3.4.7.6].

Ci si limiterà, in questa sede, a ribadire i due principi di fondo attinenti alla quota minima a carico degli assicurati sussidiati, e segnatamente:

a) un importo minimo di fr. 220.-- fino a un determinato RD;

b) un importo che aumenta progressivamente, oltre i limiti di RD sopra richiamati. Tale progressione sarà in rapporto al reddito fiscale dell' assicurato.

Questa impostazione varrà per la determinazione del sussidio relativamente a quattro fattispecie:

- persone sole;
- famiglie;
- 1° figlio;
- reddito di riferimento.

Restano dunque esclusi da questa regola solo i sussidi relativi all' esonero dei figli (e di cui si dirà più oltre).

Articolo 38

L' impostazione dei criteri di definizione dell' importo di sussidio non varia rispetto al diritto cantonale vigente. Viene però fissato un importo minimo annuo di sovvenzione.

Articolo 39

Si specifica che il sussidio nell' assicurazione contro le malattie costituisce un diritto soggettivo ed intangibile nei confronti dell' assicurato a cui è stato concesso.

Agli assicuratori non sarà pertanto permessa alcuna compensazione del sussidio con prestazioni a favore dell' assicurato in casi di eventuale morosità.

Articoli 40 a 43

Si specifica anzitutto che gli assicurati beneficiari di PC AVS/AI non dovranno produrre un' istanza propria di sussidio.

Le loro pratiche relative all' assicurazione obbligatoria contro le malattie saranno pertanto regolate in via amministrativa dai servizi cantonali.

La ragione di ciò sta nel fatto di rendere un servizio a una categoria di persone che sovente può presentare qualche difficoltà a livello di gestione delle pratiche amministrative correnti.

Per quanto riguarda gli aspetti di dettaglio, si specifica che il capitolo relativo agli assicurati beneficiari di PC AVS/AI costituisce un novum nel quadro legislativo riferito alla fattispecie

Con l' entrata in vigore della LAMaI è stata infatti modificata anche la Legge federale sulle PC AVS/AI.

Quest' ultima prevede che il premio dell' assicurazione contro le malattie non sia più compreso nel calcolo PC.

Una specifica ordinanza nel merito stabilisce che in compensazione della soppressione delle deduzioni per premi dell' assicurazione contro le malattie, i limiti di reddito possono essere aumentati per le persone sole, per le famiglie e per gli orfani.

Il commento al disegno di ordinanza specifica quanto segue:

"Nella misura in cui la riduzione dei premi fa oggetto di soluzioni diverse, bisogna tenerne conto nel quadro dell' aumento dei limiti di reddito. Non è possibile prevedere un solo e unico importo valevole per tutti i Cantoni. Le differenze tra Cantoni sono troppo importanti a questo riguardo.

L' importo del premio medio dell' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che deve essere sopportato dai beneficiari di PC dopo la riduzione dei premi operata dai Cantoni, è fondamentale al fine di fissare l' ampiezza dell' aumento dei limiti di reddito.

Ogni Cantone dovrà stabilire l' ammontare di questo premio netto".

La determinazione del premio netto - ossia premio lordo ./s. sussidio - dovrà prescindere dai parametri fiscali ordinari, in quanto le rendite PC non sono oggetto di tassazione.

Considerata l' autonomia cantonale in materia di sussidi nell' assicurazione sociale contro le malattie, il Cantone Ticino opererà come di seguito:

1. i beneficiari di PC AVS/AI non dovranno pagare in via diretta il premio relativo all' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
2. tale premio sarà versato direttamente dal Cantone agli assicuratori [a questo proposito sarà modificata la specifica legge cantonale (si rimanda al capitolo Modifica di altre leggi)];
3. di regola il finanziamento di questo importo globale avverrà come segue:
 - 3.1 a carico del sussidio nell' assicurazione contro le malattie:
(premio lordo ./s. aum. limiti PC) x n° benefic. PC;
 - 3.2 a carico delle PC:
aum. limiti PC x n° benefic. PC;

4. la definizione dell' aumento dei limiti di reddito PC ai sensi della predetta ordinanza sarà di competenza del Consiglio di Stato.

Resterà tuttavia riservato l' articolo 4bis della Legge cantonale PC, il quale, per quanto riguarda gli aumenti ordinari dei limiti di reddito, prevede che gli stessi debbano coprire gli importi massimi previsti dalla legge federale.

Attraverso questo modello si concretizzeranno tre obiettivi di portata non indifferente anche dal profilo sociale, e segnatamente:

- a) si offre un servizio ai beneficiari di PC AVS/AI, del resto già oggi esonerati ex Reg. LCAM dal presentare l' istanza di sussidio;
- b) si garantisce agli assicuratori il versamento dei premi per questa categoria di assicurati;
- c) si prevengono fenomeni di morosità nel pagamento delle quote assicurative a causa delle difficoltà nell' amministrazione personale delle persone interessate.

La terza revisione della Legge federale sulle PC AVS/AI probabilmente apporterà ancora modifiche relative all' impostazione di questo capitolo.

Non sono pertanto esclusi ulteriori emendamenti, a dipendenza di eventuali nuovi principi federali relativi alla fattispecie.

Capitolo IV: Sussidio per l'esonero dei figli: premessa

Anche a questo riguardo vi sarà qualche cambiamento rispetto alla situazione oggi vigente.

In base al diritto cantonale, nel quadro del sussidiamento delle quote dei figli - e dell' aiuto alle famiglie numerose - oggi si determina il seguente quadro:

a) famiglie sussidiate:

- 1° figlio sussidiato;
- 2° e successivi figli esonerati dal pagamento dei premi dell' assicurazione di base (onere assunto dal Cantone);

b) 2° e successivi figli di famiglie con RD compreso tra fr. 32' 000.-- e fr. 37' 000.--: esonerati dal pagamento del premio dell' assicurazione di base (onere assunto dal Cantone solo per il 2° figlio);

c) famiglie non sussidiate con RD oltre fr. 37' 000.--: terzo e successivi figli esonerati (i premi per questi esonerati non sono presi a carico dal Cantone, per cui l' onere entra nel quadro delle spese generali delle Casse malati).

Con il regime LAMal non sarà più compatibile l' attuale prassi secondo cui i premi di taluni figli esonerati rientrano sic et simpliciter a carico della gestione generale dell' ente assicurativo (il terzo e ogni successivo figlio di famiglie con RD oltre i limiti per il sussidio soggettivo), e i costi vengono poi ripartiti sulla comunità degli assicurati in virtù del principio della mutualità.

In sintonia con il nuovo dettato legislativo (LAMal), verrà pertanto fissato il principio secondo cui ogni esonero dei figli:

- a) deve essere pronunciato a partire da criteri che si riferiscono alla situazione economica delle famiglie;
- b) deve comportare l' assunzione dei relativi premi da parte dell' ente pubblico.

In tal senso la fattispecie si configura come un vero e proprio sussidio soggettivo che tiene conto della dimensione di un' economia domestica, con particolare attenzione nei confronti delle famiglie numerose.

Per le famiglie a basso reddito, il sussidio complessivo (sovvenzione per i genitori e per i figli) può pertanto superare il 90% del premio complessivo a loro carico per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Articolo 44

Richiama l'identico principio già definito dall'attuale diritto cantonale.

Articolo 45

Determina l'esonero dal pagamento del premio per figli di famiglie appena oltre il limite che conferisce il diritto al sussidio soggettivo per i singoli componenti della stessa (membri maggiorenni + 1° FI): in questo caso l'esonero parte dal 2° figlio (compreso).

Articolo 46

Per le altre famiglie (oltre fr. 5' 000.-- al di là del limite di reddito per il sussidio soggettivo ai membri della FA) è previsto l'esonero dal pagamento del premio per il terzo e ogni figlio successivo; e ciò fino a un RD = fr. 60' 000.--.

Per redditi che oltrepassano fr. 60' 000.-- alla famiglia incomberà l'onere dei premi per ogni figlio.

Con il regime LAMal non sarà infatti più concesso nemmeno all'assicuratore di praticare esoneri per figli in base a proprie norme statutarie.

Articolo 47

Gli assicuratori non sono a conoscenza dei dati fiscali dei loro iscritti quando gli stessi non beneficiano del sussidio soggettivo nei casi ordinari di PS, FA e 1° FI.

Per tale ragione il Cantone dovrà emanare le opportune disposizioni relative alle procedure che si riferiscono all'esonero dei figli.

Articolo 48

Riguarda le norme di compensazione dell'esonero dei figli, secondo i principi già richiamati nella premessa a questo capitolo.

Articoli 50 a 52

Per quanto attiene ai principi che presiedono alla ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni relativamente alla spesa cantonale nel settore delle assicurazioni sociali, si riconfermano i medesimi principi direttori su cui è impostato il diritto cantonale vigente.

Articolo 55

Il riconoscimento di sussidi retroattivi può essere concesso quando l'assicurato fa valere ragioni oggettive e fondate circa i motivi per cui non è riuscito a produrre l'istanza in forma tempestiva.

Relativamente alla fattispecie, all'autorità amministrativa competente è riconosciuto un margine di ponderazione nell'esame delle richieste.

La pura e semplice negligenza nell'inoltro dell'istanza di sussidio nei termini stabiliti non è comunque considerata motivo valido per il riconoscimento di un sussidio nella forma retroattiva.

Articoli 57 e 58

Viene stabilito il principio secondo cui per le forme particolari di assicurazione di cui agli artt. 93 a 101 OAMal, le persone con diritto al sussidio mantengono lo stesso importo di sovvenzione come se fossero iscritte nell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie praticata dal medesimo assicuratore.

Per (forme particolari di assicurazione) sono da intendere:

- a) assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni;
- b) assicurazione con bonus;
- c) assicurazione con franchige opzionali.

Tali forme assicurative prevedono un premio inferiore rispetto all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie.

Il riconoscimento del sussidio come se l'assicurato fosse iscritto nella forma ordinaria di assicurazione costituisce un incentivo, anche nei confronti dell'assicurato sovvenzionato, a ricorrere a queste forme assicurative le cui finalità sono da collegare al contenimento dei costi della malattia.

Se così non fosse, l'assicurato sussidiato non sarebbe stimolato a ricorrere a queste forme assicurative, in quanto la parte di premio che va oltre la quota minima obbligatoria può anche essere interamente finanziata attraverso il sussidio.

Rimanendo il medesimo sussidio dell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, l'assicurato sussidiato potrebbe trovarsi nella circostanza di non dover corrispondere nemmeno l'importo della quota minima, traendo in tal modo anche un proprio vantaggio economico.

Resta logicamente esclusa ogni forma di sovrindennizzo (importo di sussidio maggiore del premio dovuto).

Articoli 59 a 61

Le domande di condono dell'obbligo di restituzione del sussidio sono decise dall'autorità cantonale, e questo in ragione del principio della parità di trattamento.

L'assicurato dovrà restituire all'assicuratore il sussidio indebitamente percepito.

Dal canto loro i servizi amministrativi del Cantone riterranno dal calcolo degli acconti che dovranno essere versati al medesimo assicuratore gli importi che l'assicurato è tenuto a restituire.

Articolo 62

Ai sensi dell' art. 8 dell' Ordinanza speciale concernente i sussidi federali, il conteggio dei sussidi relativo all' anno civile deve essere inoltrato dal Cantone all' UFAS, corredato di un rapporto di revisione.

TITOLO V - PIANIFICAZIONE

Articoli 63 a 66

Per le considerazioni di fondo riguardanti questo tema specifico si rimanda al p.to 3.5 del Messaggio.

Nelle norme relative alla fattispecie vengono ripresi i disposti della LAMal.

Si specifica inoltre che il compito di elaborare e aggiornare la pianificazione delle strutture e dei rispettivi reparti compete al Consiglio di Stato.

Dovrà inoltre essere rivolta la necessaria attenzione verso il coordinamento della pianificazione ai sensi dell' art. 39 cpv. 1 lett. d) LAMal con i principi pianificatori propri dell' EOC, del settore sociopsichiatrico e del settore delle persone anziane.

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

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

TITOLO VI - CONVENZIONI TARIFFALI

Articoli 67 a 69 e 71

Vengono ripresi i disposti del nuovo ordinamento federale per quanto attiene alle competenze dei Cantoni relativamente a questa fattispecie.

Articolo 70

Le considerazioni che seguono relative alla ricusa sono desunte dal Messaggio concernente la LAMal (pag. 83).

La protezione tariffale ai sensi della LAMal non si applica nei confronti dei fornitori di prestazioni che si sono ricusati.

Si tratta di fornitori di prestazioni che dichiarano in modo ufficiale e generale a un organismo designato dal Governo cantonale che non vogliono partecipare all' applicazione dell' assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, ossia che non vogliono fornire prestazioni secondo la LAMal.

Di conseguenza essi non hanno alcun diritto ad una remunerazione ai sensi della LAMal. Questi fornitori di prestazioni possono esporre ai loro pazienti delle fatture calcolate secondo il diritto privato, purché entrambe le parti manifestino un accordo in questo senso.

Per il paziente è quindi importante che il fornitore di prestazioni che si è ricusato lo informi nel merito prima dell' inizio della cura.

Il fornitore di prestazioni deve inoltre informare il paziente sul fatto che l' assicurazione sociale contro le malattie non si assume alcun costo, e che il paziente deve coprire i costi delle prestazioni sia a titolo personale, sia tramite assicurazioni complementari (assicurazioni complementari stipulate con assicuratori ai sensi della LAMal), sia per mezzo di assicurazioni private.

TITOLO VII - DISPOSIZIONI VARIE

Articolo 72

Come già rilevato al p.to 3.5.3 del Messaggio, il nuovo regime LAMal (art. 41 cpv. 3) prevede il disposto secondo cui se per motivi d' ordine medico l' assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall' Ente pubblico, situato fuori del suo Cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone dove si trova il suddetto ospedale. In questo caso si applica per analogia il diritto di regresso al Cantone di domicilio dell' assicurato giusta l' ad. 79 LAMal [diritto di surroga (cfr. p.to 2.7 del Messaggio)].

Sono considerati motivi di ordine medico i casi d' urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere dispensate:

- a) nel luogo di domicilio o di lavoro dell' assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale;
- b) nel Cantone di domicilio dell' assicurato, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera, o in un ospedale fuori di questo Cantone che figura nell' elenco allestito dal Cantone di domicilio dell' assicurato giusta l' art. 39 cpv. 1 lett. e) LAMal [art. 41 cpv. 2 LAMal].

Questa nuova impostazione è suscettibile di creare oneri particolari al nostro Cantone.

Si giustifica pertanto una puntuale verifica circa l' esistenza di motivi di ordine medico, così come definiti ope legis.

Qualora non sussistessero i motivi di ordine medico poc' anzi menzionati, nessun onere incomberebbe al

Cantone e l' eventuale differenza tariffale andrebbe a carico dell' assicurato nei termini di legge [cfr. p.to 3.6.1.1 del Messaggio, parte finale].

Articolo 73

L' art. 37 cpv. 3 LAMal prevede che i Cantoni abbiano a stabilire le condizioni secondo le quali i medici autorizzati a condurre una farmacia sono parificati ai farmacisti.

Si rinuncia, nel quadro di questa legge, a proporre regole specifiche in tal senso, optando per il riferimento alla Legge sanitaria, la quale già prevede disposizioni al riguardo.

TITOLI VIII A XI E ALLEGATO

Per le osservazioni di dettaglio si rimanda ai capitoli specifici del Messaggio.

In relazione al servizio medico nelle regioni di montagna (art. 88) valgono le considerazioni già espresse nella prima parte del Messaggio.

Per quanto riguarda la modifica di normative vigenti, si richiama l' emendamento all' attuale Legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni in materia di assicurazioni sociali, in particolare relativamente al contenzioso che concerne le assicurazioni complementari all' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

* * * * *

Vogliate gradire, onorevole signor Presidente, onorevoli signore e signori Consiglieri, l' espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, A. Pedrazzini
p.o. Il Cancelliere, G. Gianella
Disegno di

LEGGE

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

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- richiamata la Legge federale sull' assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e le relative Ordinanze;

- visto il messaggio 3 gennaio 1996 n. 4474 del Consiglio di Stato,
decreta:

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

A. Scopo

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

Articolo 2

B. Campo di applicazione

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

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

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

Articolo 3

C. Vigilanza ed esecuzione

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

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

Articolo 4

D. Obbligo di fornire informazioni

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

Articolo 5

E. Obblighi degli assicuratori

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

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

TITOLO II - OBBLIGO D' ASSICURAZIONE

Capitolo I - Norme generali

Articolo 6

A. Adempimento dell' obbligo assicurativo

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

Articolo 7

B. Libera scelta dell' assicuratore

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

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

Articolo 8

C. Inizio dell' obbligo di assicurazione

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

Articolo 9

D. Fine dell' obbligo di assicurazione

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

Articolo 10

E. Esonero dall' obbligo di assicurazione

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

Capitolo II - Controllo dell' obbligo d' assicurazione e affiliazione d' ufficio

Sezione 1: Organizzazione

Articolo 11

A. Vigilanza e controllo

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

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

Articolo 12

B. Compiti del Consiglio di Stato

I. In generale:

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

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

II. In particolare:

a) esenzione dall' obbligo d' assicurazione per le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù di un diritto estero, qualora l' assoggettamento all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura equivalente per le cure in Svizzera;

b) esenzione dall' obbligo d' assicurazione per cittadini stranieri esercitanti un' attività lucrativa dipendente, con permesso di dimora valevole meno di tre mesi;

c) esenzione dall' obbligo d' assicurazione per le persone che nell' ambito dell' aiuto reciproco internazionale in materia di prestazioni d' assicurazione malattie, beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera;

d) esenzione dall' obbligo d' assicurazione per gli ex funzionari di organizzazioni internazionali ed i rispettivi familiari, qualora beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera presso l' assicurazione malattie della loro precedente organizzazione;

e) ammissione all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie per i lavoratori frontalieri esercitanti un' attività lucrativa in Svizzera, così come per i loro familiari;

f) ammissione all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie per i membri delle missioni diplomatiche, delle missioni permanenti e delle sedi consolari in Svizzera, così come per gli impiegati di organizzazioni internazionali e i rispettivi familiari che li accompagnano

Articolo 13

C. Compiti dei Comuni

I. In generale:

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

2 Esso segnala immediatamente in forma scritta all' istanza designata dal Consiglio di Stato le persone che

non hanno costituito il rapporto assicurativo ai sensi di legge.

3 Il regolamento definisce le norme di dettaglio.

Articolo 14

II. In particolare:

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

2 Ogni pretesa di cui al cpv. 1 è soggetta a perenzione dopo 5 anni.

3 È riservato l' art. 17 cpv. 2.

Articolo 15

D. Compiti degli assicuratori

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

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

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

Articolo 16

E. Compiti dei datori di lavoro

I. In generale:

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

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

a) lavoratori in possesso di un permesso di lavoro di durata inferiore ad un anno;

b) lavoratori in possesso di un permesso di dimora annuale, per il primo anno di attività, così come per i rispettivi familiari.

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

Articolo 17

II. In particolare

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

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

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

Articolo 18

F. Compito dell' Ufficio federale dell' assicurazione militare

L' Ufficio federale dell' assicurazione militare segnala immediatamente in forma scritta all' istanza designata dal Consiglio di Stato:

a) il nominativo degli agenti della Confederazione domiciliati nel Cantone Ticino, in attività o in pensione, che al momento dell' entrata in vigore della LAMal risultano sottoposti all' assicurazione militare per le cure medico-sanitarie;

b) le successive ammissioni, dimissioni o cessazioni di appartenenza all' assicurazione militare di cittadini domiciliati nel Cantone Ticino relativamente alla copertura delle cure medico-sanitarie obbligatorie.

Sezione 2: Affiliazione d' ufficio

Articolo 19

Iscrizione ad un assicuratore

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

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

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

TITOLO III - ESAZIONI E PAGAMENTI

Articolo 20

A. Premi e partecipazioni irrecuperabili

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

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

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

Il regolamento definisce le procedure di applicazione del sussidio.

Articolo 21

B. Nuova procedura

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

Articolo 22

C. Divieto agli assicuratori

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

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

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

TITOLO IV - SUSSIDI AGLI ASSICURATI

Capitolo I: Norme generali e definizioni

Sezione 1: Norme generali

Articolo 23

A. Scopo

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

Articolo 24

B. Campo di applicazione

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

Sezione 2: Definizioni

Articolo 25

A. Famiglia

1 Costituiscono famiglia:

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

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

Articolo 26

B. Persona sola

1 È considerata persona sola:

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

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

Articolo 27

C. Figlio

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

Capitolo II - Diritto al sussidio

Sezione 1: Procedura

Articolo 28

Istanza di sussidio

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

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

Sezione 2: Norme generali

Articolo 29

A. Limiti di reddito

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

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

b) le famiglie, il cui reddito determinante non supera fr. 32' 000.--.

Articolo 30

B. Reddito determinante

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

a) del reddito imponibile desunto dalla tassazione ordinaria o intermedia del biennio stabilito dal Consiglio di Stato, oppure dalla tassazione intermedia più recente e relativa all' anno di competenza;

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

Articolo 31

C. Accertamento del reddito determinante

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

a) delle persone soggette all' imposta cantonale solo per una parte del loro reddito o della loro sostanza;

b) delle persone soggette all' imposta alla fonte;

c) delle persone sole con reddito imponibile nullo o reddito lordo annuo inferiore a fr. 6' 000.-- secondo il biennio fiscale determinante, che esercitano un' attività lucrativa;

d) in altri casi particolari.

Articolo 32

D. Reddito di riferimento

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

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

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

Articolo 33

E. Premio riconosciuto per i sussidi

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

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

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

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

Articolo 34

F. Quota media cantonale ponderata

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

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

3 Il Consiglio di Stato può escludere dal calcolo della quota media cantonale ponderata gli assicuratori che propongono un premio sensibilmente superiore al valore medio cantonale riscontrato presso gli altri assicuratori.

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

Articolo 35

G. Quota minima annua

I. Partecipazione minima:

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

- a) per le persone sole fino ad un reddito determinante di fr. 16' 000.--: fr. 220.--;
- b) per i membri adulti della famiglia fino ad un reddito determinante di fr. 22' 000.--: fr. 220.--;
- c) per il primo figlio di famiglie sussidiate fino ad un reddito determinante di fr. 22' 000.--: fr. 220.--;
- d) fino ad un reddito di riferimento di fr. 30' 000.--: fr. 220.--.

2 Sono riservati gli artt. 40 a 43.

Articolo 36

II. Calcolo del contributo oltre la partecipazione minima

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

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

2 Essa è calcolata a partire dalle formule seguenti:

- a) se $p \geq qmcp$:

$$qmcp - (imp.mino + suss.min) \times (RD - LR2) + imp.mino = LR1 - LR2$$

- b) se $p < qmcp$:

$$p - (imp.mino + suss.min) \times (RD - LR2) + imp.mino = LR1 - LR2$$

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

4 Sono riservati gli artt. 40 a 43.

Articolo 37

III. Forme particolari di assicurazione

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

Capitolo III - Importi di sussidio

Sezione 1: Norme generali

Articolo 38

A. Calcolo del sussidio

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

2 Non vengono corrisposti sussidi di importo annuo inferiore a:

- fr. 180.-- per assicurati adulti;
- fr. 60.-- per il primo figlio.

Articolo 39

B. Procedura

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

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

Sezione 2: Assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI

Articolo 40

A. Istanza di sussidio

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

Articolo 41

B. Premio lordo

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

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

Articolo 42

C. Parte a carico del sussidio nell' assicurazione malattie

1 L' ammontare dell' importo globale di cui all' art. 41 cpv. 2 a carico dell' assicurazione sociale contro le malattie è determinato a partire dai criteri seguenti:

- a) premio medio lordo [PL];
- b) importo corrispondente all' aumento dei limiti di reddito [aum. LIM.];
- c) numero di beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI [noPC].

2 Di regola esso è stabilito come segue: $(PL - aum. LIM.) \times n. PC$.

Articolo 43

D. Aumento dei limiti di reddito

1 Il Consiglio di Stato determina l' aumento dei limiti di reddito previsti dall' Ordinanza di cui all' art. 41 cpv. 2.
2 È riservato l' art. 4bis della legge cantonale concernente le prestazioni complementari all' assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l' invalidità, del 21 dicembre 1965.

Capitolo IV - Sussidi per l' esonero dei figli

Sezione 1: Norme generali

Articolo 44

A. Famiglie sussidiate

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

Articolo 45

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

Le famiglie non sussidiate con un reddito determinante fino a fr. 5' 000.-- oltre il limite che dà diritto al sussidio, sono esonerate dal pagamento del premio dell' assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per il secondo figlio e per quelli successivi.

Articolo 46

C. Altre famiglie

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

Articolo 47

D. Norme procedurali per l' esonero dei figli

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

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

Sezione 2: Riconoscimento del sussidio per l' esonero dei figli

Articolo 48

Ammontare del sussidio

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

Capitolo V - Adeguamento delle basi di calcolo

Articolo 49

Basi di calcolo

Il Consiglio di Stato determina ogni anno le basi di calcolo del sussidio, e in particolare:

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

Capitolo VI - Ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni

Articolo 50

A. Quota parte a carico dei Comuni

I. In generale:

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

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

Articolo 51

II. In particolare

La partecipazione annua del singolo Comune agli oneri derivanti dall' applicazione della presente legge, della legge concernente le prestazioni complementari all' assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l' invalidità, del decreto legislativo di applicazione della legge federale sull' AVS e della legge cantonale di applicazione della legge federale sull' assicurazione invalidità, non può superare il 10 per cento del gettito dell' imposta cantonale per il Comune nell' anno stabilito dal Consiglio di Stato.

Articolo 52

B. Quota parte a carico del Cantone

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

Capitolo VII - Disposizioni varie

Sezione 1: Sussidio retroattivo

Articolo 53

A. Perenzione del diritto al sussidio

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

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

Articolo 54

B. Domanda di sussidio

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

2 Tale richiesta deve specificare le motivazioni del ritardo.

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

Articolo 55

C. Decisioni in merito alla domanda di sussidio

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

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

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

Articolo 56

D. Diritto previgente

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

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

Sezione 2: Forme particolari di assicurazione

Articolo 57

A. Definizione del sussidio

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

Articolo 58

B. Caso particolare

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

Sezione 3: Restituzione di sussidi e condono

Articolo 59

A. Restituzione dei sussidi indebitamente percepiti e condono

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

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

Articolo 60

B. Domanda di condono

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

Articolo 61

C. Decisioni in merito al condono

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

Sezione 4: Controllo dei sussidi

Articolo 62

Rapporto di revisione

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

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

TITOLO V - PIANIFICAZIONE

Articolo 63

A. Principio

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

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

Articolo 64

B. Scopo

1 La pianificazione è intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero e delle case di cura in funzione delle necessità della popolazione, così come della razionalizzazione delle risorse nel settore sociosanitario e delle cure.

2 Essa prende adeguatamente in considerazione gli enti privati.

Articolo 65

C. Coordinamento

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

Articolo 66

D. Componenti

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

a) le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati, suddiviso in ospedali per la cura di malattie acute, ospedali per l'attuazione di provvedimenti medici di riabilitazione, stabilimenti per la cura di malattie croniche e istituti per anziani;

b) gli ospedali situati fuori del Cantone, secondo i rispettivi mandati, che assicurano in particolare le prestazioni che non possono essere dispensate nel Cantone Ticino

TITOLO VI - CONVENZIONI

Capitolo I - Convenzioni tariffali

Articolo 67

A. Scopo

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

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

Articolo 68

B. Approvazione

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

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

Articolo 69

C. Obblighi per i fornitori di prestazioni

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

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

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

Capitolo II - Ricusa

Articolo 70

Norme generali

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

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

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

4 Le ricuse pronunciate in virtù del previgente diritto, mantengono la loro validità anche al momento dell'

entrata in vigore della presente legge.

Capitolo III - Garanzia di qualità

Articolo 71

Norme generali

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

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

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

L'atto di approvazione è pubblicato nel Bollettino ufficiale.

TITOLO VII - DISPOSIZIONI VARIE

Articolo 72

A. Ricoveri ospedalieri fuori Cantone

1 Il Consiglio di Stato designa l'istanza deputata a verificare i motivi di ordine medico legati ad un ricovero ospedaliero fuori Cantone, quando quest'ultimo determina oneri di legge a carico del Cantone Ticino

2 Il regolamento definisce i criteri che disciplinano la materia di cui al cpv. 1.

Articolo 73

B. Profarmacia

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

TITOLO VIII - CONTENZIOSO

Articolo 74

A. Sentenze in materia di assicurazione sociale contro le malattie

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

Articolo 75

B. Sentenze in materia di assicurazioni complementari

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

Articolo 76

C. Sentenze in materia di sussidi

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

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

Articolo 77

D. Sentenze in materia di affiliazioni d'ufficio

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

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

Articolo 78

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

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

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

Articolo 79

F. Sentenze in materia di ammissione all'assicurazione

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

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

Articolo 80

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

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

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

Capitolo II - Tribunale arbitrale

Articolo 81

Definizione, composizione e norme di procedura

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

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

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

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

In questo caso il Tribunale arbitrale può essere adito solo dopo aver esperito una procedura conciliativa.

Capitolo III - Sentenze dei Tribunali

Articolo 82

Trasmissione

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

Capitolo IV - Altre decisioni: mezzi e termini di diritto

Articolo 83

Procedure di reclamo e di ricorso

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

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

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

TITOLO IX - DISPOSIZIONI PENALI

Articolo 84

A. Contravvenzioni

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

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

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

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

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

Articolo 85

B. Prescrizione

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

TITOLO X - DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Articolo 86

A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto

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

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

Articolo 87

B. Criteri di calcolo del sussidio

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

Articolo 88

C. Servizio medico nelle regioni di montagna

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

2 Le convenzioni in atto all' entrata in vigore della presente legge mantengono la loro validità nella forma e

nella sostanza fino al termine di scadenza.

TITOLO XI - DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 89

A. Regolamento

I seguenti articoli del regolamento della legge sull' assicurazione obbligatoria contro le malattie del 18 maggio 1994 restano in vigore fino all' adozione della nuova regolamentazione esecutiva: 2, 4 a 7, 9, 12, 15,16, 18,29 cpv. 1, 30, 44 a 55,57 a 60, 62 a 65, 67 a 72, 76 a 79 cpv. 1, 80 a 85.

Articolo 90

B. Abrogazione

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

Articolo 91

C. Entrata in vigore

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

ALLEGATO

MODIFICA DI ALTRE LEGGI

I.

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

Art. 21 cpv. 4 (nuovo)

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

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

II.

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

A. Titolo

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

B. Art. 1 cpv. 1 lett. g), l) e n), cpv. 3(nuovo)

Ricorso, petizione e termini.

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

l) dall' istanza designata dal Consiglio di Stato nel quadro della Legge di applicazione della legge federale sull' assicurazione malattie (LCAMal) in materia di sussidio agli assicurati, affiliazione d' ufficio, esenzione dall' obbligo d' assicurazione, ammissione all' assicurazione sociale svizzera contro le malattie;

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

3 Contro le decisioni concernenti le assicurazioni complementari all' assicurazione sociale contro le malattie, degli assicuratori autorizzati all' esercizio ai sensi della legge federale sull' assicurazione malattie del 18 marzo 1994, e data petizione al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

La procedura, applicata in analogia, è quella prevista per i ricorsi.

(L' Allegato 3 è disponibile solo sotto forma di documento cartaceo).