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

(del 26 giugno 1997)

IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

– richiamata la legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal);
– visto il messaggio 4 ottobre 2011 n. 6541 del Consiglio di Stato;[1]

**d e c r e t a :**

## TITOLO I
## Disposizioni generali

### A. Scopo

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

### B. Campo di applicazione

**Art. 2** [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.
[3]Essa disciplina inoltre la pianificazione delle cure stazionarie nel settore sociosanitario ai sensi dell'art. 39 LAMal e il finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera in ambito stazionario.[2]

### C. Vigilanza ed esecuzione

**Art. 3** [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]...[3]

### D. Obbligo di fornire informazioni

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

### E. Obblighi degli assicuratori e degli organi di revisione[4]

**Art. 5**[5] [1]Gli assicuratori e i loro organi di revisione svolgono a titolo gratuito i compiti loro assegnati dalla legislazione cantonale e federale in materia di assicurazione obbligatoria LAMal.
[2]Essi forniscono gratuitamente tutte le informazioni e le attestazioni necessarie all'autorità cantonale competente.
[3]Essi informano inoltre gratuitamente i loro affiliati sui loro diritti e sui loro obblighi, e prestano a tale titolo la necessaria consulenza.

## TITOLO II
## Obbligo d'assicurazione
### Capitolo I
### Norme generali

### A. Adempimento dell'obbligo assicurativo

[1] Ingresso modificato dalla L 29.11.2011; in vigore dal 1.1.2011 - BU 2012, 8.
[2] Cpv. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
[3] Cpv. abrogato dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
[4] Nota marginale modificata dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
[5] Art. modificato dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.

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

**B. Libera scelta dell'assicuratore**

**Art. 7** [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).

**C. Inizio dell'obbligo d'assicurazione**

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

**D. Fine dell'obbligo d'assicurazione**

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

**E. Esonero dall'obbligo di assicurazione**

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

## Capitolo II
## Controllo dell'obbligo d'assicurazione e affiliazione d'ufficio
### Sezione I
### Organizzazione

**A. Vigilanza e controllo**

**Art. 11** [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.

**B. Compiti del Consiglio di Stato**

**I. In generale**

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

**II. In particolare**

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

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

**C. Compiti dei Comuni**

**I. In generale**

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

2Esso segnala immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato le persone che non hanno costituito il rapporto assicurativo ai sensi di legge o che lo hanno fatto tardivamente.
3Il regolamento definisce le norme di dettaglio.

**II. In particolare**

**Art. 14** 1In caso di mancata segnalazione immediata all'autorità cantonale competente, il Comune è solidalmente responsabile, con la persona interessata, delle spese medico-sanitarie per quanto riguarda i cittadini sottoposti all'obbligo d'assicurazione che vi hanno eletto la loro residenza dopo l'entrata in vigore della LAMal, per il periodo in cui quest'ultimi non risultano iscritti presso un assicuratore riconosciuto.
2Ogni pretesa di cui al cpv. 1 è soggetta a perenzione dopo cinque anni.
3È riservato l'art. 17 cpv. 2.

**D. Compiti degli assicuratori**

**Art. 15** 1L'assicuratore affilia le persone sottoposte all'obbligatorietà assicurativa delle cure medico-sanitarie indipendentemente dall'età o dallo stato di salute.
2Il disposto di cui al cpv. 1 si applica anche alle persone che non sono tenute ad assicurarsi in forma obbligatoria, ma che hanno ottenuto l'autorizzazione ad iscriversi all'assicurazione sociale svizzera contro le malattie ai sensi dell'art. 12 lett. e), f).
3L'assicuratore notifica immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'iscrizione, la dimissione o la cessazione di appartenenza di ogni persona soggetta all'obbligo assicurativo secondo le modalità fatte definire dal Consiglio di Stato.
4Gli assicuratori comunicano annualmente all'istanza designata dal Consiglio di Stato l'elenco nominativo degli assicurati a loro affiliati.[6]
5Il regolamento disciplina i particolari.[7]

**E. Compiti dei datori di lavoro**

**I. In generale**

**Art. 16** 1Il datore di lavoro fornisce al lavoratore non domiciliato soggetto all'obbligo d'assicurazione le informazioni necessarie relative all'adempimento di questo obbligo.
2L'assicurato e il datore di lavoro sono solidalmente debitori dei premi arretrati a decorrere dal giorno in cui avrebbe dovuto avere inizio l'obbligo assicurativo, fatta deduzione dei sussidi di legge, per le seguenti categorie:
a) lavoratori in possesso di un permesso di lavoro di durata inferiore ad un anno;
b) lavoratori in possesso di un permesso di dimora annuale, per il primo anno di attività, così come per i rispettivi familiari.

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

**II. In particolare**

**Art. 17** 1Il datore di lavoro segnala immediatamente in forma scritta al Comune di residenza il nominativo del lavoratore non assicurato di cui all'art. 16 cpv. 2 lett. a) e b).
2In caso di mancata segnalazione immediata, il datore di lavoro è solidalmente responsabile, con il proprio dipendente, delle spese medico-sanitarie per il periodo in cui quest'ultimo non risulta iscritto presso un assicuratore riconosciuto.
3Ogni pretesa di cui al cpv. 2 è soggetta a perenzione dopo cinque anni.

**F. Compito dell'Ufficio federale dell'assicurazione militare**

**Art. 18** L'Ufficio federale dell'assicurazione militare segnala immediatamente in forma scritta all'istanza designata dal Consiglio di Stato e secondo le modalità fatte definire dal Consiglio di Stato:
a) il nominativo degli agenti della Confederazione domiciliati nel Cantone Ticino, in attività o in pensione, che al momento dell'entrata in vigore della LAMal risultano sottoposti all'assicurazione militare per le cure medico-sanitarie;
b) le successive ammissioni, dimissioni o cessazioni di appartenenza all'assicurazione militare di cittadini domiciliati nel Cantone Ticino relativamente alla copertura delle cure medico-sanitarie obbligatorie.

Sezione II
**Affiliazione d'ufficio**

6 Cpv. introdotto dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587.
7 Cpv. introdotto dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587.

**Iscrizione ad un assicuratore**

**Art. 19** [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]…[8]
[3]Il regolamento può definire i criteri di ripartizione tra gli assicuratori.[9]

TITOLO III[10]
**Assicurati insolventi**
Capitolo I[11]
**Competenze**

**A. Autorità competente**

**Art. 20**[12] Il Consiglio di Stato designa l'autorità competente conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Capitolo II[13]
**Comunicazioni**
Sezione I[14]
**Comunicazioni dagli assicuratori al Cantone**

**A. Comunicazioni di dati**
**I. Comunicazioni generali**

**Art. 21**[15] [1]Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati previsti dalla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
[2]Il regolamento disciplina i particolari.

**II. Comunicazioni relative alle esecuzioni forzate**

**Art. 22**[16] [1]Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati personali degli assicurati nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi della legge federale sull'esecuzione e sul fallimento (LEF), indicando il periodo a cui è riferito il credito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e la sua composizione.
[2]Il regolamento disciplina i particolari.

**III. Comunicazioni relative agli assicurati beneficiari di prestazioni PC AVS/AI e pagamenti**

**Art. 22a**[17] [1]Gli assicuratori comunicano all'autorità designata dal Consiglio di Stato i dati personali e l'ammontare delle franchigie e delle partecipazioni ai costi degli assicurati beneficiari di prestazioni complementari all'AVS/AI nei confronti dei quali hanno promosso un'esecuzione ai sensi della LEF.
[2]Per gli assicurati di cui al capoverso 1 gli oneri relativi alla franchigia obbligatoria e alle partecipazioni ai costi possono essere pagati direttamente agli assicuratori dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG.
[3]Il regolamento disciplina i particolari.

**B. Comunicazioni relative alla sospensione**

**Art. 22b**[18] Gli assicuratori comunicano immediatamente all'autorità designata dal Consiglio di Stato la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite e l'annullamento della stessa.

---

[8] Cpv. abrogato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 201.
[9] Cpv. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 1.1.2007 - BU 2006, 201.
[10] Titolo modificato dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
[11] Capitolo introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
[12] Art. reintrodotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49; precedenti modifiche: BU 2007, 661; BU 2009, 98; BU 2010, 49.
[13] Capitolo introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
[14] Sezione introdotta dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
[15] Art. reintrodotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49; precedenti modifiche: BU 1999, 41; BU 2007, 661; BU 2009, 98; BU 2010, 49.
[16] Art. reintrodotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49; precedenti modifiche: BU 1999, 41; BU 2007, 661; BU 2009, 98; BU 2010, 49.
[17] Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
[18] Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.

Sezione II[19]
**Comunicazioni dal Cantone**

**A. Comunicazione agli assicurati**

**Art. 22c**[20] [1]L'autorità designata dal Consiglio di Stato informa sulle conseguenze del mancato pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:
– gli assicurati nei confronti dei quali è stata promossa un'esecuzione;
– gli assicurati nei confronti dei quali è stato emesso un attestato di carenza di beni.
[2]Il regolamento disciplina i particolari.

**B. Comunicazioni all'autorità cantonale preposta all'assistenza sociale e pagamenti**
**I. Dati personali degli assicurati beneficiari di prestazioni assistenziali notificati dagli assicuratori e pagamenti**

**Art. 22d**[21] [1]L'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica all'autorità cantonale preposta all'assistenza i dati degli assicurati al beneficio di una prestazione assistenziale nei confronti dei quali gli assicuratori hanno comunicato conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di avere promosso un'esecuzione ai sensi della LEF.
[2]Per gli assicurati di cui al capoverso 1 l'autorità cantonale preposta all'assistenza può pagare direttamente agli assicuratori:
a) gli oneri relativi ai premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, se l'importo relativo alla prestazione di diritto è maggiore o uguale al premio mensile;
b) la franchigia;
c) le partecipazioni ai costi.
[3]Il regolamento disciplina i particolari.

**II. Trattamento dei dati da parte dell'autorità preposta all'assistenza sociale**

**Art. 22e**[22] L'autorità designata dal Consiglio di Stato è autorizzata a consultare, a elaborare e a estrapolare dalle banche dati dell'autorità cantonale preposta all'assistenza i dati personali, necessari all'esecuzione dei suoi compiti, degli assicurati titolari del diritto a prestazioni assistenziali e dei membri della rispettiva unità di riferimento che sono stati notificati dagli assicuratori conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

**C. Collaborazione con gli assicuratori e altre autorità**

**Art. 22f**[23] L'autorità designata dal Consiglio di Stato può collaborare con gli assicuratori e con le autorità interessate ai fini del rimborso dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Capitolo III[24]
**Sospensione**
Sezione I[25]
**Assicurati maggiorenni**

**A. Sospensione dell'assunzione dei costi**

**Art. 22g**[26] [1]In caso di esecuzione ai sensi della LEF, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare all'assicuratore la sospensione dell'assunzione dei costi delle prestazioni fornite, tranne nei casi d'urgenza medica conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
[2]Prima di notificare all'assicuratore la sospensione, l'autorità designata dal Consiglio di Stato comunica al Comune di domicilio i dati dell'assicurato escusso, chiedendo una verifica della situazione economica.
[3]In mancanza della risposta del Comune, entro un termine adeguato definito dal regolamento, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può notificare la sospensione all'assicuratore.

---

19 Sezione introdotta dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
20 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
21 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
22 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
23 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
24 Capitolo introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
25 Sezione introdotta dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
26 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.

4In caso di manifesta incapacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato prescinde dalla richiesta di sospensione.
5La sospensione da parte dell'assicuratore ha effetto dal giorno della comunicazione.
6Il regolamento disciplina i particolari.

**B. Eccezione alla sospensione**

**Art. 22h**[27] Agli assicurati beneficiari di prestazioni complementari non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.

**C. Elenco degli assicurati sospesi**

**Art. 22i**[28] 1L'autorità designata dal Consiglio di Stato gestisce una banca dati ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal (elenco), in cui registra gli assicurati sospesi, informandoli delle intervenute iscrizioni e cancellazioni.
2Essa aggiorna costantemente tale elenco che può essere reso accessibile ai Comuni e ai fornitori di prestazioni mediante procedura di richiamo.
3La registrazione nell'elenco equivale a comunicazione alle autorità di cui al capoverso 2.
4L'assicurato rimane registrato nell'elenco degli assicurati sospesi sino al pagamento dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti.
5Per la protezione e la sicurezza dei dati sono applicabili, oltre alle disposizioni del diritto federale e di questa legge, le disposizioni della legge cantonale sulla protezione dei dati personali del 9 marzo 1987.
6Il regolamento disciplina i particolari.

**D. Revoca della sospensione**

**Art. 22l**[29] 1L'autorità designata dal Consiglio di Stato può, in casi eccezionali, revocare la sospensione, segnatamente per permettere l'assunzione dei costi delle cure di prima necessità.
2L'autorità designata dal Consiglio di Stato dà comunicazione all'assicuratore, il quale procede immediatamente alla revoca della sospensione notificata all'assicurato e assume i costi delle prestazioni fornite a quest'ultimo.
3La revoca ha effetto dalla data in cui ha avuto inizio la sospensione, salvo diversa indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato.
4Il regolamento disciplina i particolari.

Sezione II[30]
**Assicurati minorenni**

**Assunzione dei costi e rimborso dei crediti**

**Art. 22m**[31] 1Agli assicurati minorenni non può essere sospesa l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite.
2Il Cantone rimborsa agli assicuratori i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati da un attestato di carenza di beni che interessa gli assicurati minorenni, nei limiti dell'art. 64a LAMal.
3Il regolamento disciplina i particolari.

Capitolo IV[32]
**Intervento sociale**

**A. Comune di domicilio**

**Art. 22n**[33] 1Il Comune di domicilio accerta la situazione economica di ogni assicurato segnalato dall'autorità designata dal Consiglio di Stato, con particolare riferimento alla capacità di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e lo informa sulle conseguenze del mancato pagamento.
2L'assicurato è tenuto a fornire al Comune informazioni complete e veritiere sulla propria situazione economica.

---

27 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
28 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
29 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
30 Sezione modificata dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
31 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
32 Capitolo introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
33 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.

3Il Comune comunica all'autorità designata dal Consiglio di Stato l'esito dell'accertamento di cui al capoverso 1.
4Il regolamento disciplina i particolari.

**B. Esito valutazione del Comune**
**I. Segnalazione**

**Art. 22o**[34] 1Per l'assicurato maggiorenne che presenta una situazione economica che gli permette di onorare i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti, l'autorità designata dal Consiglio di Stato può presentare formale segnalazione all'autorità tutoria per l'adozione di eventuali misure a protezione.
2Il regolamento disciplina i particolari.

**C. Indennizzo ai Comuni**

**Art. 22p**[35] 1Il Cantone riconosce ai Comuni un indennizzo per i casi valutati e segnalati all'autorità designata dal Consiglio di Stato.
2Il Consiglio di Stato ne stabilisce le modalità e l'importo.

## Capitolo V[36]
## Organo di revisione

**Organo di revisione**

**Art. 22q**[37] L'organo di revisione esterno dell'assicuratore è quello designato dal Cantone.

## Capitolo VI[38]
## Pagamenti

**A. Pagamenti**
**I. Compiti**

**Art. 22r**[39] 1L'autorità designata dal Consiglio di Stato accerta le richieste di rimborso inoltrate al Cantone dagli assicuratori conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Essa appura inoltre che gli assicuratori non abbiano ceduto a terzi i crediti accertati da attestati di carenza di beni riferiti ai crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2Il regolamento disciplina i particolari.

**II. Trattamento dei dati delle esecuzioni e dei fallimenti ai sensi LEF**

**Art. 22s**[40] 1All'autorità designata dal Consiglio di Stato è dato l'accesso ai dati gestiti dagli Uffici esecuzione e fallimenti relativi ai crediti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente alla LEF.
2Il regolamento disciplina i particolari.

**B. Assunzione dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie**

**Art. 22t**[41] 1Il Cantone, su indicazione dell'autorità designata dal Consiglio di Stato, comunica all'assicuratore i dati personali degli assicurati per i quali si assume i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperti e l'ammontare.
2Per gli assicurati cui è stata prevista una misura di protezione secondo il diritto tutorio, il pagamento rimane in sospeso finché la misura non è revocata e/o il credito relativo all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie scoperto non è stato pagato integralmente.
3Il Cantone assume i crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie accertati in un attestato di carenza di beni conformemente alla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto nei confronti degli assicuratori che hanno conservato la titolarità dell'attestato di carenza di beni riferito al credito chiesto in restituzione.
4Il Cantone non assume alcun ulteriore costo rispetto a quelli stabiliti dalla legislazione federale in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

---

34 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
35 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
36 Capitolo introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
37 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
38 Capitolo introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
39 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
40 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
41 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.

TITOLO IV[42]
## Riduzione dei premi
Capitolo I[43]
### Norme generali

**A. Campo di applicazione**[44]

**Art. 23**[45] Il Cantone accorda le riduzioni dei premi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo le disposizioni che seguono.

**B. Diritto**[46]

**Art. 24**[47] [1]Il diritto alla riduzione dei premi per le categorie di assicurati definite dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), del 18 marzo 1994, è stabilito ai sensi della presente legge.
[2]Esso decade qualora vi fosse una considerevole discrepanza tra le disponibilità economiche del richiedente e lo scopo di questo intervento sociale ai sensi della LAMal, oppure se si configurasse un abuso di diritto.

**C. Istanza**[48]

**Art. 25**[49] [1]La riduzione dei premi è corrisposta tramite presentazione di un'istanza scritta. Sono riservati gli art. 42 cpv. 1 e 43 cpv. 1.
[2]Per gli assicurati tassati in via ordinaria, se l'istanza è presentata entro la fine dell'anno che precede l'anno di competenza la riduzione dei premi inizia a decorrere dal 1° gennaio dell'anno di competenza.
[3]Se l'istanza è presentata dopo il termine di cui al cpv. 2, ma nell'anno di competenza, il diritto alla riduzione dei premi per gli assicurati tassati in via ordinaria è dato solo a partire dal mese seguente la presentazione.
[4]Il regolamento determina le modalità di presentazione dell'istanza e il contenuto della stessa.

**D. Trasmissione dei dati fiscali**

**Art. 25a**[50] [1]I dati fiscali necessari all'esecuzione dei propri compiti possono essere trasmessi alla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG singolarmente, mediante liste o su supporti elettronici di dati. Possono essere resi accessibili anche tramite procedura di richiamo.
[2]Il Consiglio di Stato regola le modalità di trasmissione.

Capitolo II[51]
## Definizioni e norme particolari
Sezione I[52]
### In generale

**A. Unità di riferimento**[53]

**Art. 26**[54] [1]L'unità di riferimento determina la cerchia di assicurati da considerare per il calcolo della riduzione dei premi.
[2]Di regola essa è costituita dall'unità riconosciuta ai sensi del diritto fiscale.
[3]I coniugi separati, per sentenza giudiziaria o di fatto, senza figli minorenni conviventi, sono considerati persone sole.

---

[42] Titolo modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[43] Capitolo modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[44] Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[45] Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[46] Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[47] Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[48] Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[49] Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2007, 581.
[50] Art. modificato dalla L 14.3.2019; in vigore dal 24.5.2019 - BU 2019, 157; precedente modifica: BU 2012, 54.
[51] Capitolo modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[52] Sezione modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[53] Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[54] Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2007, 581.

[4]I partners conviventi, se la convivenza è ritenuta stabile, sono considerati come componenti della medesima unità di riferimento.

**B. Persone sole economicamente dipendenti**[55]

**Art. 27**[56] [1]Le persone sole maggiorenni senza figli, di età non superiore a 30 anni, il cui totale dei redditi registrati nella tassazione applicabile è inferiore al limite di fabbisogno esistenziale definito ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), del 5 giugno 2000, sono incluse nell'unità di riferimento da cui dipendono economicamente.
[2]Il regolamento disciplina i particolari.

**C. Premio medio di riferimento**

**I. Principi**[57]

**Art. 28**[58] [1]Il premio medio di riferimento è stabilito, per le tre categorie di assicurati previste dalla LAMal, sulla base dei premi approvati dall'autorità federale nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
[2]Esso è calcolato sulla base della media ponderata dei premi dell'assicurazione standard, con franchigia ordinaria e rischio d'infortunio incluso, tenuto conto del numero degli assicurati iscritti presso ogni singolo assicuratore malattie ripartiti per le regioni di premio ammesse dalla LAMal ($\overline{P}$) e considerando:
a) la percentuale di assicurati con modello assicurativo standard, con franchigia ordinaria (**α**);
b) la percentuale di assicurati con modelli assicurativi alternativi, con franchigia ordinaria (**β**);
c) lo sconto medio percentuale tra modello medico di famiglia e modello standard (**γ**).
[3]Il regolamento stabilisce la data in cui è preso in considerazione il numero di assicurati e la modalità di calcolo della percentuale degli assicurati tra i vari modelli assicurativi.

**II. Formula e importo**[59]

**Art. 29**[60] [1]Il premio medio di riferimento è stabilito come segue:
PMR = $\overline{P}$ x **α** + $\overline{P}$ x (100% - **γ**) x **β**.
[2]Il premio medio di riferimento considerato per le tre categorie di assicurati previste dalla LAMal non può essere inferiore a quello applicato per l'anno 2014.

**D. Reddito di riferimento**[61]

**Art. 30**[62] [1]Di principio il reddito di riferimento è determinato a partire dai dati accertati nel periodo fiscale stabilito dal Consiglio di Stato.
[2]Il regolamento stabilisce le norme e le modalità di accertamento del reddito di riferimento al di fuori, o in assenza, dei dati relativi al periodo fiscale determinante.

**Art. 30a** …[63]

Sezione II[64]
**In particolare**

**A. Reddito disponibile di riferimento**[65]

---

55 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
56 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
57 Nota marginale modificata dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedente modifica: BU 2010, 297.
58 Art. modificato dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedenti modifiche: BU 2005, 51; BU 2010, 297.
59 Nota marginale modificata dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedente modifica: BU 2010, 297.
60 Art. modificato dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedenti modifiche: BU 2008, 109; BU 2010, 297.
61 Nota marginale modificata dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedente modifica: BU 2010, 297.
62 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2007, 110.
63 Art. abrogato (v. commento pag. 52 - Messaggio 6264); precedente modifica: BU 2008, 109.
64 Sezione modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
65 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2010, 46.

**Art. 31**[66] 1Il reddito disponibile di riferimento (RD) è costituito dei seguenti parametri:

a) RL Reddito lordo (somma di tutti i redditi dell'unità di riferimento secondo la legge tributaria del 21 giugno 1994 [di seguito: LT]);
b) qSOST Quota parte sostanza (=1/15 sostanza netta secondo LT);
c) PMR Premio medio di riferimento dell'anno di competenza, con franchigia ordinaria e rischio di infortunio incluso;
d) CS Contributi sociali obbligatori (AVS, AI, IPG, AD, AINP, LPP; secondo LT);
e) ALIM Pensioni alimentari pagate (per figli ed ex-coniuge, secondo LT);
f) SPPROF Spese professionali per salariati (secondo LT) [massimo 4'000 CHF/anno per UR];
g) SPINT Spese per interessi passivi privati e aziendali (secondo LT) [massimo 3'000 CHF/anno per UR].

2Esso è stabilito come segue:
RD = [RL + qSOST] - [PMR + CS + ALIM + SPPROF + SPINT]
3Il reddito disponibile di riferimento è determinato dalla somma dei parametri accertati per l'unità di riferimento considerata.
4Se il reddito disponibile di riferimento è inferiore allo zero, esso equivale a zero.[67]

**B. Sostanza donata o ceduta in usufrutto**[68]

**Art. 32**[69] 1Per l'applicazione della riduzione dei premi, la sostanza donata o ceduta in usufrutto viene computata nel calcolo.
2I dati di riferimento sono quelli registrati nella tassazione prima della donazione o della cessione in usufrutto.
3Il regolamento disciplina i particolari.

**C. Reddito disponibile massimo**

**Art. 32a**[70] 1La riduzione dei premi è accordata fino al raggiungimento di un reddito disponibile massimo (RDM).
2Per le unità di riferimento senza figli, il reddito disponibile massimo è definito come segue:
RDM = costante del 3.2 x 50% del limite di fabbisogno, senza computo della pigione, ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) del 5 giugno 2000 applicabile all'unità di riferimento.
3Per le unità di riferimento con figli, il reddito disponibile massimo è definito come segue:
RDM = [ costante del 4.5 + (1 - (*n. figli*) / 10) ] x 50% del limite di fabbisogno, senza computo della pigione, ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) del 5 giugno 2000 applicabile all'unità di riferimento.

## Capitolo III[71]
## Calcolo della riduzione dei premi
### Sezione I
### Norme generali

**Principio**[72]

**Art. 33**[73] 1Il calcolo della riduzione dei premi si riferisce all'unità di riferimento.
2Il regolamento definisce i criteri di ripartizione dell'importo globale di riduzione dei premi sui singoli componenti l'unità di riferimento, ritenuti i disposti della LAMal in materia di assicurati minorenni e di giovani adulti in periodo di formazione.

### Sezione II[74]

66 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedenti modifiche: BU 2007, 110; BU 2010, 46.
67 Cpv. introdotto dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587.
68 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
69 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedenti modifiche: BU 2007, 110; BU 2008, 109.
70 Art. modificato dalla L 20.9.2016; in vigore dal 1.1.2018 - BU 2016, 447; precedente modifica: BU 2014, 587.
71 Capitolo modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
72 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.
73 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.
74 Sezione modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.

## Importo normativo

### A. Importo massimo normativo di riduzione dei premi[75]

**Art. 34**[76] L'importo massimo normativo di riduzione dei premi corrisponde alla somma dei premi medi di riferimento, per categoria di assicurato, dell'unità di riferimento.

### B. Importo normativo di riduzione dei premi[77]

**Art. 35**[78] L'importo normativo di riduzione dei premi è determinato come segue:

$$[\ PMR - (\ \frac{PMR}{RDM^2} \times RD^2\ )\ ].$$

**Art. 36** …[79]

## Sezione III[80]
## Importo effettivo

### A. Coefficiente cantonale di finanziamento[81]

**Art. 37**[82] [1]L'importo effettivo di riduzione dei premi si ottiene moltiplicando l'importo normativo per il coefficiente cantonale di finanziamento.
[2]Il coefficiente cantonale di finanziamento è pari al 73.5%.
[3]L'importo di riduzione dei premi non può oltrepassare l'ammontare del premio effettivo a carico dei membri dell'unità di riferimento.

### B. Forme particolari di assicurazione[83]

**Art. 38**[84] Per tutte le forme particolari di assicurazione ai sensi della LAMal, l'importo di riduzione dei premi è determinato conformemente all'art. 37.

### C. Importo minimo[85]

**Art. 39**[86] Il regolamento stabilisce l'importo minimo al di sotto del quale il versamento della riduzione dei premi decade.

## Sezione IV[87]
## Elementi specifici di calcolo e procedure di versamento

### A. Adeguamenti annuali[88]

**Art. 40**[89] Il Consiglio di Stato determina ogni anno:
a) il periodo fiscale determinante per l'acquisizione dei dati di base;
b) i premi medi di riferimento;
c) la costante applicabile alle unità di riferimento con figli e alle unità di riferimento senza figli;[90]
d) il coefficiente cantonale di finanziamento, ritenuto tuttavia il parametro di cui all'art. 37.

---

75 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
76 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
77 Nota marginale modificata dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedente modifica: BU 2010, 297.
78 Art. modificato dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedenti modifiche: BU 2010, 297; BU 2013, 79.
79 Art. abrogato dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedenti modifiche: BU 2010, 297; BU 2014, 9.
80 Sezione introdotta dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
81 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
82 Art. modificato dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedenti modifiche: BU 2010, 297; BU 2012, 8; BU 2013, 79.
83 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.
84 Art. modificato dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedenti modifiche: BU 2006, 201; BU 2010, 297.
85 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
86 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
87 Sezione introdotta dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
88 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
89 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
90 Lett. modificata dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587.

**B. Procedure di versamento**[91]

**Art. 41**[92] [1]Di regola l'importo di riduzione dei premi è versato attraverso gli assicuratori malattie. In casi particolari può tuttavia essere versato direttamente all'assicurato.
[2]L'importo di riduzione è dedotto dal premio del singolo assicurato al quale è stato concesso.
[3]L'assicuratore non può compensare crediti scoperti con la riduzione dei premi.
[4]Il regolamento disciplina i particolari.

Sezione V[93]
**Norme particolari**

**A. Assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI**

**Art. 42**[94] [1]I beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI sono esentati dal presentare l'istanza di riduzione dei premi.
[2]Se il premio effettivamente dovuto dal beneficiario di prestazioni complementari all'AVS/AI al suo assicuratore malattie è inferiore al premio forfettario previsto dall'Ordinanza del Dipartimento federale dell'interno valida per l'anno di riferimento, l'importo di riduzione dei premi corrisponde al premio effettivamente dovuto.
Se il premio effettivamente dovuto dal beneficiario di prestazioni complementari all'AVS/AI al suo assicuratore malattie è superiore al premio forfettario previsto dall'Ordinanza del Dipartimento federale dell'interno valida per l'anno di riferimento, l'importo di riduzione dei premi corrisponde al premio forfettario.
[3]La riduzione dei premi di cui al cpv. 2 è versata direttamente dal Cantone agli assicuratori malattie.

**B. Assicurati beneficiari di prestazioni Laps**

**Art. 43**[95] [1]I beneficiari di prestazioni ai sensi della legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) sono esentati dal presentare l'istanza di riduzione dei premi.
[2]La riduzione dei premi corrisponde all'importo massimo ai sensi dell'art. 34, a cui si applica il coefficiente cantonale di finanziamento giusta la presente legge.
[3]L'importo di riduzione dei premi a favore dell'unità di riferimento non può oltrepassare la lacuna di reddito definita ai sensi della Laps. Se la stessa è inferiore all'ammontare di riduzione dei premi, si riconosce quest'ultimo importo.
[4]L'importo di riduzione dei premi non può oltrepassare l'ammontare del premio effettivo a carico dei membri dell'unità di riferimento.
[5]Il regolamento disciplina i particolari.

**C. Situazione acquisita per le unità di riferimento con reddito disponibile inferiore o uguale al limite di fabbisogno ai sensi della Laps**

**Art. 43a**[96] [1]Le unità di riferimento con reddito disponibile inferiore o uguale al limite di fabbisogno ai sensi della Laps, senza computo della pigione, mantengono la situazione acquisita con la legge in vigore per l'anno 2014.
[2]L'importo effettivo di riduzione dei premi, calcolato conformemente all'art. 37, non può essere inferiore all'importo calcolato come segue:

a) considerando i premi medi di riferimento calcolati secondo la legge in vigore per l'anno 2014, segnatamente fr. 4'965.– all'anno per gli assicurati di età superiore ai 25 anni, di fr. 4'594.– all'anno per gli assicurati di età compresa tra i 18 e i 25 anni e di fr. 1'156.– all'anno per gli assicurati fino all'età di 18 anni;
b) PMR x coefficiente cantonale di finanziamento pari al 73.5%, per le unità di riferimento con un reddito disponibile inferiore o uguale al 50% del limite di fabbisogno;
c) PMR x coefficiente cantonale di finanziamento pari al 70%, per le unità di riferimento con un reddito disponibile superiore al 50%, ma inferiore o uguale al 100% del limite di fabbisogno.

---

91 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
92 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2007, 48.
93 Sezione introdotta dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
94 Art. modificato dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 54; precedenti modifiche: BU 2007, 48; BU 2010, 297.
95 Art. reintrodotto dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2007, 48.
96 Art. introdotto dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587.

Sezione VI[97]
**Restituzione da parte degli assicuratori malattie negli anni 2015, 2016 e 2017 per premi pagati in eccesso**

**A. Richiedenti la riduzione dei premi** (art. 106-106c LAMal)

**Art. 43b**[98] Per gli anni 2015, 2016 e 2017, dal premio medio di riferimento è dedotto l'importo di fr. 90.–.

**B. Assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI**

**Art. 43c**[99] Per gli anni 2015, 2016 e 2017 dalla riduzione dei premi per gli assicurati beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI è dedotto l'importo di fr. 90.–.

Capitolo IV[100]
**Disposizioni comuni**
Sezione I[101]
**Norme di procedura**

**A. Informazione**[102]

**Art. 44**[103] Il Consiglio di Stato informa sulla possibilità di accedere alla riduzione dei premi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

**B. Controllo**[104]

**Art. 45**[105] [1]Gli assicuratori presentano i conteggi di chiusura relativi all'applicazione della riduzione dei premi.
Il regolamento disciplina i particolari.
[2]Il Consiglio di Stato fa redigere un rapporto di revisione sull'applicazione della riduzione dei premi, di regola per ogni anno civile.

Sezione II
**Riduzione dei premi per anni precedenti quello di competenza**[106]

**A. Perenzione e norme particolari PC AVS/AI**[107]

**Art. 46**[108] [1]Il diritto alla riduzione dei premi nella forma retroattiva decade dopo cinque anni a partire dal momento della richiesta.
[2]In caso di soppressione delle prestazioni complementari AVS/AI, il diritto alla riduzione dei premi è definito nella forma ordinaria.
Tale diritto è escluso se all'assicurato non è riconosciuta la situazione di buona fede.

**B. Istanza**[109]

**Art. 47**[110] La richiesta di riduzione retroattiva deve essere presentata in forma scritta da parte dell'assicurato, salvo nei casi di soppressione delle prestazioni complementari AVS/AI.

**C. Motivazioni**[111]

---

97 Sezione introdotta dalla L 17.12.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 35.
98 Art. introdotto dalla L 17.12.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 35.
99 Art. introdotto dalla L 17.12.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2015, 35.
100 Capitolo modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
101 Sezione modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
102 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
103 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
104 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
105 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2008, 109.
106 Titolo modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.
107 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
108 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2008, 109.
109 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
110 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
111 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.

**Art. 48**[112] 1L'istanza di riduzione retroattiva deve indicare i motivi dell'impedimento ad agire nei termini stabiliti dalla legge o dal regolamento.
2Essa è accolta solo se suffragata da motivi fondati.

Sezione III[113]
**Restituzione e condono**

**Restituzione di prestazioni indebitamente percepite e condono**[114]

**Art. 49**[115] 1Le riduzioni dei premi indebitamente percepite devono essere restituite dal beneficiario all'assicuratore presso il quale egli è affiliato, oppure all'amministrazione cantonale nel caso di pagamenti diretti all'assicurato giusta la presente legge, o nei casi di perdita della PC AVS/AI.
2Per la restituzione o il condono dell'obbligo di restituzione è applicabile per analogia la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), del 6 ottobre 2000.

TITOLO IVA[116]
**Ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni**

**A. Quota parte a carico dei Comuni**
**I. In generale**

**Art. 50** 1L'onere dei contributi previsti dalla presente legge, dedotti i sussidi federali, è assunto dai Comuni e dal Cantone.
2La partecipazione del singolo Comune è calcolata in base alla sua capacità finanziaria sull'importo che si ottiene dividendo l'onere complessivo, relativamente all'anno di computo, per il numero degli abitanti residenti nel Cantone al 31 dicembre e moltiplicando il quoziente per il numero degli abitanti del Comune.

**II. In particolare**

**Art. 51**[117] La partecipazione annua del singolo Comune agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, della legge sul servizio medico nelle zone di montagna e della legge concernente le prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, non può superare il 9% del gettito d'imposta cantonale per i Comuni di forza finanziaria superiore, l'8.5% per quelli di forza finanziaria media e il 7.5% per quelli di forza finanziaria debole, nell'anno stabilito dal Consiglio di Stato.

**B. Quota parte a carico del Cantone**

**Art. 52**[118] La partecipazione del Cantone è pari all'importo non coperto dai Comuni ai sensi della presente legge.

**Art. 53-58** ...[119]
**Art. 59** ...[120]
**Art. 60-62** ...[121]

TITOLO V
**Pianificazione**

**A. Scopo e oggetto**[122]

---

112 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.
113 Sezione introdotta dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
114 Nota marginale modificata dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
115 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2008, 109.
116 Titolo introdotto dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
117 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedenti modifiche: BU 2002, 420; BU 2007, 710.
118 Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
119 Art. abrogati dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
120 Art. abrogato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297; precedente modifica: BU 2006, 201.
121 Art. abrogati dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
122 Nota marginale modificata dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.

**Art. 63**[123] [1]La pianificazione definisce l'offerta intesa a coprire il fabbisogno di cure della popolazione ai sensi dell'art. 39 LAMal.
[2]La pianificazione presuppone la determinazione del fabbisogno di cure della popolazione del Cantone.

**B. Definizione dell'offerta**

**Art. 63a**[124] [1]Per definire l'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure la pianificazione ai sensi dell'art. 39 LAMal considera i seguenti istituti:
a) ospedali somatici acuti, psichiatrici e di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal);
b) le case di cura; e
c) le case per partorienti (art. 39 cpv. 3 LAMal);
d) i reparti Acuti a minore intensità (Rami), di regola situati all'interno degli ospedali somatici acuti di cui alla lett. a).[125]

[2]L'offerta è garantita dagli istituti che figurano sull'elenco e da quelli che non figurano sull'elenco e che operano in regime convenzionale.
[3]La pianificazione tiene conto della libertà di scelta dell'assicurato tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello di ubicazione dell'ospedale, come pure delle collaborazioni intercantonali e delle convenzioni sottoscritte con altri Cantoni e istituti con sede fuori Cantone.
[4]Allo scopo di assicurare l'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure il Consiglio di Stato può sottoscrivere convenzioni con altri Cantoni e istituti extracantonali.

**C. Modalità di pianificazione**

**Art. 63b**[126] La pianificazione è riferita alle prestazioni per quanto concerne gli ospedali somatici acuti e le case per partorienti, alle prestazioni o alle capacità per la riabilitazione e la cura di malattie psichiatriche in ospedale, alle capacità per le case di cura e i reparti acuti di minore intensità.

**D. Elenco e mandati**

**Art. 63c**[127] [1]Il Cantone riporta nell'elenco di cui all'art. 39 cpv. 1 lett. *e* e cpv. 3 LAMal gli istituti cantonali ed extracantonali necessari ad assicurare l'offerta secondo l'art. 63*a* e in conformità all'art. 63*d* cpv. 1-3.
[2]Il Cantone attribuisce un mandato di prestazioni agli istituti che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. *e* e cpv. 3 LAMal.
[3]Il mandato definisce il ventaglio di prestazioni.
[4]Il mandato può prevedere in particolare l'obbligo di predisporre un servizio di pronto soccorso.
[5]I fornitori di prestazioni non possono trasferire a terzi i mandati a loro assegnati.
[6]Agli ospedali non è permesso, al di fuori dei loro spazi, fornire o fare in modo che vengano fornite prestazioni mediche che rientrano nel mandato di prestazioni.

**E. Criteri di pianificazione**

**Art. 63d**[128] [1]Nella valutazione e nella scelta degli istituti figuranti nell'elenco, il Cantone considera in particolare:
a) il rispetto di criteri strutturali e gestionali, definiti in un apposito regolamento dal Consiglio di Stato;
b) la qualità e l'economicità delle prestazioni;
c) l'accessibilità alle cure entro un termine utile;
d) la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni.

[2]Nel valutare l'economicità e la qualità, il Cantone considera in particolare:
a) l'efficienza della fornitura di prestazioni;
b) la prova della qualità necessaria;
c) nel settore ospedaliero, il numero minimo di casi e lo sfruttamento di sinergie.

---

123 Art. modificato dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedente modifica: BU 2001, 264.
124 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
125 Lett. introdotta dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146.
126 Art. modificato dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146; precedente modifica: BU 2011, 301.
127 Art. modificato dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146; precedente modifica: BU 2011, 301.
128 Art. modificato dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146; precedente modifica: BU 2011, 301.

3Il Cantone tiene pure conto della libertà di scelta dell'assicurato e dell'obbligo di ammissione degli istituti.

**F. Obbligo di ammissione**

**Art. 63e**[129] 1Gli istituti con sede nel Cantone figuranti sull'elenco sono tenuti, nei limiti del loro mandato di prestazioni e delle loro capacità, a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati domiciliati nel Cantone, in conformità al contratto quadro di cui all'art. 66h cpv. 2.
2L'obbligo di ammissione risulta adempiuto se i pazienti con la sola assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) sono almeno il 50%.
3Per gli assicurati domiciliati fuori Cantone, l'obbligo d'ammissione si applica soltanto nei limiti del mandato di prestazioni e nei casi d'urgenza.
4Contro la violazione dell'obbligo di ammissione ai sensi dei cpv. 1 e 2 è data facoltà di segnalazione al Consiglio di Stato che decide i provvedimenti necessari, segnatamente le sanzioni di cui all'art. 66r.

**G. Elaborazione**[130]

**Art. 64**[131] Il Consiglio di Stato elabora la pianificazione in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati, consultando le Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati tutti gli ambienti interessati di ogni regione.

**H. Competenze del Gran Consiglio**[132]

**Art. 65**[133] Il Consiglio di Stato trasmette con un messaggio la pianificazione al Gran Consiglio, il quale sulla base di un rapporto commissionale la approva o la respinge o la modifica sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze.

**I. Verifica e revisione**[134]

**Art. 66**[135] 1La revisione della pianificazione avviene secondo la periodicità richiesta dalla legislazione federale.
2Il Consiglio di Stato verifica se è necessario un aggiornamento della pianificazione e se del caso applica la medesima procedura prevista per l'adozione.
3Revisioni di minore entità sono di competenza del Consiglio di Stato.
4Il Consiglio di Stato adegua l'elenco in caso di revoca del mandato di prestazioni ai sensi dell'art. 66*r* cpv. 3.

## TITOLO Vbis[136]
## Finanziamento delle prestazioni di cura erogate negli ospedali (Art. 39 cpv. 1 LAMal) e nei reparti acuti di minore intensità (Art. 39 cpv. 3 LAMal)
### Capitolo I[137]
### In generale

**A. Principio**

**Art. 66a**[138] 1Il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico della LAMal e che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal.

---

129 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
130 Nota marginale modificata dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedente modifica: BU 2001, 264.
131 Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
132 Nota marginale modificata dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedente modifica: BU 2001, 264.
133 Art. modificato dalla L 5.6.2001; in vigore dal 1.7.2001 - BU 2001, 264.
134 Nota marginale modificata dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedente modifica: BU 2001, 264.
135 Art. modificato dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedente modifica: BU 2001, 264.
136 Titolo modificato dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146; precedente modifica: BU 2011, 301.
137 Capitolo introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
138 Art. modificato dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146; precedente modifica: BU 2011, 301.

2Il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni erogate nei reparti acuti di minore intensità autorizzati a esercitare a carico della LAMal e che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

**B. Fornitori di prestazioni**

**Art. 66b**[139] Sono considerati fornitori di prestazioni:

a) gli ospedali e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie somatiche acute, psichiatriche e di riabilitazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal e;
b) le case per partorienti;
c) i reparti acuti di minore intensità.[140]

## Capitolo II[141]
## Fornitori di prestazioni con sede nel Cantone

**A. Principio**

**Art. 66c**[142] 1Il finanziamento delle prestazioni erogate dai fornitori di prestazioni con sede nel Cantone indicati all'art. 66a è assunto dal Cantone tramite un contributo globale, dagli assicuratori LAMal e, per i reparti acuti di minore intensità, anche dai pazienti.

2Il Cantone può finanziare i costi riconosciuti delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal.

**B. Contributo globale**

**Art. 66d**[143] 1Il Consiglio di Stato fissa annualmente per ogni fornitore di prestazioni un contributo globale sulla base del mandato di prestazioni, della relativa attività e nel rispetto delle disposizioni legali e degli accordi vigenti in materia tariffale.

2Il Gran Consiglio approva a preventivo l'ammontare annuale del contributo complessivo, suddiviso nei singoli contributi globali per ogni fornitore di prestazioni e, a consuntivo, il resoconto dell'utilizzo dei contributi globali e del rispetto dei contratti di prestazione.

**C. Determinazione del contributo globale**

**I. Prestazioni di cura ospedaliera**

**Art. 66e**[144] 1Il contributo globale copre parte dei costi delle prestazioni di cura ospedaliera ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2Il Consiglio di Stato fissa entro il 31 marzo di ogni anno la quota parte, ai sensi dell'art. 49a LAMal, a carico del Cantone per l'anno successivo.

3I costi per le prestazioni di cura ospedaliera comprendono i costi di investimento e i costi per la formazione non universitaria.

4Sono considerati investimenti unicamente gli immobili e le attrezzature necessari all'adempimento dei mandati di prestazione attribuiti ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. *e* LAMal.

**II. Prestazioni erogate dai reparti acuti di minore intensità**

**Art. 66e bis**[145] Il contributo globale è stabilito tenendo conto:

a) dei costi:
– delle prestazioni di cura;
– alberghieri;
– della formazione non universitaria;
– d'investimento.
b) delle seguenti entrate:
– rimborso delle prestazioni mediche, infermieristiche, diagnostiche e terapeutiche sulla base di forfait stabiliti tramite convenzione (si vedano art. 67 e ss. LCAMal);
– contributi a carico dei pazienti, stabiliti in CHF 30 a giornata per un massimo di CHF 600.- annui;
– altre partecipazioni assicurative;
– altri ricavi d'esercizio.

---

139 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
140 Lett. introdotta dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146.
141 Capitolo introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
142 Art. modificato dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146; precedente modifica: BU 2011, 301.
143 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
144 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
145 Art. introdotto dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146.

### III. Prestazioni economicamente di interesse generale

**Art. 66f**[146] Il Cantone può determinare l'ammontare del contributo relativo ai costi riconosciuti delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal tenendo conto in particolare delle disposizioni federali e di altre norme applicabili.

## D. Contratto di prestazione

### I. Principio

**Art. 66g**[147] 1Il Consiglio di Stato stipula con i fornitori di prestazioni dei contratti quadro e dei contratti di prestazione annuali.

2Nell'assunzione del personale, i fornitori di prestazioni, a parità di requisiti e qualifiche e salvaguardando gli obiettivi aziendali, danno la precedenza alle persone residenti, purché idonee a occupare il posto di lavoro offerto. Essi tengono in debita considerazione candidature di chi si trova in disoccupazione o al beneficio dell'assistenza.[148]

3La sottoscrizione di un contratto di prestazione, nella misura in cui i rapporti di impiego non sono disciplinati da normative di diritto pubblico, è subordinata alla verifica del rispetto delle condizioni di lavoro usuali del settore da comprovare tramite l'attestazione di adesione a un contratto collettivo di lavoro (CCL) o, nel caso in cui l'istituto non ne avesse sottoscritto uno, la certificazione emanata dalla commissione paritetica del settore che, come da mandato conferito dal Consiglio di Stato, attesti la conformità dei contratti individuali.[149]

### II. Contratto quadro

**Art. 66h**[150] 1Il contratto quadro regola i principi generali e gli impegni tra il Cantone e i singoli fornitori di prestazioni relativi alle prestazioni finanziate dal Cantone.

2Esso definisce in particolare:

a) la tipologia di prestazioni;
b) le modalità di contabilizzazione e di utilizzo della quota parte relativa agli investimenti computabili nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria;
c) l'attività di formazione non universitaria, segnatamente il numero minimo di persone in formazione (apprendisti) e di posti di pratica per le formazioni del settore;
d) gli obblighi di assistenza;
e) il rispetto delle condizioni di lavoro usuali del settore;
f) le modalità di calcolo del contributo e dei suoi adeguamenti;
g) la natura, le modalità e la frequenza dei dati da trasmettere;
h) le disposizioni relative alla sua approvazione e al suo rinnovo, come pure a eventuali aggiornamenti o revoca.

3Esso è concluso di regola per una durata di quattro anni.

### III. Contratto di prestazione annuale

**Art. 66i**[151] 1Il contratto di prestazione annuale regola nel dettaglio i diritti e i doveri dei fornitori di prestazioni e del Cantone nei limiti dell'art. 66*h*.

2Esso definisce in particolare:

a) il volume delle prestazioni da fornire;
b) i criteri di qualità;
c) la remunerazione delle prestazioni;
d) l'ammontare del contributo globale e gli eventuali adeguamenti.

### IV. Assenza di contratto

**Art. 66l**[152] In caso di assenza del contratto il Consiglio di Stato stabilisce in una decisione gli obblighi relativi alla fornitura delle prestazioni, in particolare il tipo, il volume delle prestazioni, i criteri di qualità e le modalità di remunerazione.

## E. Strumenti di gestione

**Art. 66m**[153] 1I fornitori di prestazioni devono disporre di strumenti di gestione adeguati conformi alle disposizioni federali in materia, in particolare di:

---

146 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
147 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
148 Cpv. introdotto dalla L 24.6.2019; in vigore dal 1.7.2020 - BU 2020, 195.
149 Cpv. introdotto dalla L 9.12.2019; in vigore dal 1.4.2020 - BU 2020, 103.
150 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
151 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
152 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
153 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.

a) una statistica delle prestazioni;
b) una contabilità analitica;
c) una contabilità degli investimenti.

2Il Cantone e gli assicuratori LAMal possono consultare gli atti.

**F. Trasmissione dei dati**

**Art. 66n**[154] 1I fornitori di prestazioni devono trasmettere al Cantone le statistiche previste dalla legislazione federale e tutti i dati necessari alla verifica dell'esecuzione dei contratti di prestazione.
2La natura dei dati, le modalità e la frequenza di trasmissione sono definiti nel contratto quadro.

**G. Costi di investimento**

**Art. 66o**[155] 1I fornitori di prestazioni devono contabilizzare separatamente la quota parte di tariffa inerente gli investimenti secondo i principi fissati nel contratto quadro.
2L'utilizzo va documentato e deve essere conforme alle disposizioni della presente legge e del contratto di quadro.

**H. Formazione non universitaria**

**Art. 66p**[156] 1L'attività di formazione non universitaria è definita nel contratto quadro.
2La sua esecuzione deve essere documentata e la sua remunerazione deve essere conforme alle disposizioni della presente legge e del contratto quadro.

**I. Controllo**

**I. Competenza**

**Art. 66q**[157] 1Il Consiglio di Stato esercita il controllo sul corretto adempimento dei contratti di prestazione.
2Esso può stabilire nel contratto quadro misure speciali di vigilanza.

**II. Violazioni del contratto**

**Art. 66r**[158] 1In caso di violazione delle disposizioni legali, del mandato pianificatorio e/o dei contratti di prestazione il Consiglio di Stato può pronunciare contro i fornitori di prestazioni le seguenti sanzioni:
a. l'ammonimento;
b. la multa da fr. 500.– a fr. 200'000.–;
c. la riduzione parziale del finanziamento;
d. la rescissione con effetto immediato dei contratti di prestazione con soppressione totale del finanziamento;
e. la revoca del mandato di prestazione e l'esclusione temporanea o definitiva dall'elenco ospedaliero ai sensi dell'art. 63c in caso di gravi e/o ripetute violazioni.

2Nei casi gravi la multa può essere cumulata con le sanzioni di cui al cpv. 1 lett. c) - e).
3Per la restituzione del finanziamento si applicano per analogia gli art. 16 e segg. della legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.

**III. Modifica delle circostanze**

**Art. 66s**[159] Il contratto di prestazione è modificato in caso di cambiamenti importanti e imprevedibili delle circostanze, in particolare nel caso di modifiche della legislazione.

## Capitolo III[160]
## Ricoveri fuori Cantone

**A. Libera scelta**

**Art. 66t**[161] In caso di cura ospedaliera ai sensi della LAMal l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali del Cantone di domicilio o tra quelli di un altro Cantone purché figuranti sui rispettivi elenchi.

**B. Prestazione con indicazione medica**

154 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
155 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
156 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
157 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
158 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
159 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
160 Capitolo introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
161 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.

**Art. 66u**[162] 1In caso di cura ospedaliera per motivi di ordine medico, ai sensi dell'art. 41 cpv. 3*bis* LAMal, in un ospedale non figurante nell'elenco del Cantone è necessaria un'autorizzazione del Cantone, salvo per i casi di urgenza.
2In caso di cura ospedaliera urgente in un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone è necessario il rilascio di una garanzia di pagamento.
3Il Consiglio di Stato designa l'istanza idonea a verificare se sono adempiuti i requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione e il rilascio delle garanzie finanziarie.
4Il Cantone e l'assicuratore si assumono la tariffa dell'ospedale curante secondo la quotaparte rispettiva giusta l'art. 49*a* LAMal.

**C. Prestazione senza indicazione medica**

**Art. 66v**[163] In caso di cura ospedaliera senza indicazione medica in un ospedale non figurante nell'elenco del Cantone, ma in quello di ubicazione dell'ospedale, il Cantone e l'assicuratore remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'art. 49*a* LAMal al massimo secondo la tariffa più bassa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco.

## TITOLO VI
## Convenzioni
### Capitolo I
### Convenzioni tariffali

**A. Scopo**

**Art. 67** 1Le convenzioni tariffali stipulate, da un lato, da uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, dall'altro, da uno o più assicuratori o federazioni di assicuratori, devono garantire un servizio sanitario efficiente in tutto il Cantone, conformemente alle disposizioni di legge e nel rispetto dei principi di equità e di economicità.
2In particolare i fornitori di prestazioni e gli assicuratori prevedono nelle convenzioni tariffali norme destinate a garantire l'economicità delle prestazioni.

**A1. Convenzioni tariffali con gli ospedali**

**Art. 67a**[164] 1Le prestazioni di cura ospedaliera a carico della assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono remunerate secondo tariffe basate su strutture uniformi approvate a livello nazionale.
2Ogni tariffa riferita alle prestazioni è identica per ogni assicurato LAMal indipendentemente dalla copertura assicurativa.
3Essa è negoziata annualmente dai partner tariffali.
4Il Cantone assiste alle negoziazioni tariffali.

**B. Approvazione e fissazione della tariffa**[165]

**Art. 68**[166] 1Le convenzioni tariffali concernenti il Cantone Ticino sono approvate dal Consiglio di Stato.
2In caso di assenza di convenzione tariffale il Consiglio di Stato, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa.
3L'atto di approvazione o di fissazione della tariffa è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino (Bollettino ufficiale).

**C. Obblighi per i fornitori di prestazioni**

**Art. 69** 1I fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente.
2Essi non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla LAMal o dalle relative ordinanze.
3Restano riservate le disposizioni particolari della LAMal in materia di protezione tariffale.

### Capitolo II
### Ricusa

**Norme generali**

---

[162] Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
[163] Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
[164] Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
[165] Nota marginale modificata dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
[166] Art. modificato dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.

**Art. 70** [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**

**Norme generali**
**Art. 71** [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**

**A. ...**
**Art. 72** ...[167]

**B. Profarmacia**
**Art. 73** Per la dispensazione e la vendita al pubblico dei medicamenti fanno stato i disposti della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria).

TITOLO VIII
**Contenzioso**
Capitolo I
**Tribunale cantonale delle assicurazioni**

**A. Contestazioni nell'assicurazione sociale malattie**
**Art. 74** [1]Le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti diritti invocati dalle parti in virtù della LAMal, delle rispettive ordinanze o delle disposizioni degli assicuratori, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.
[2]È applicabile la legge di procedura per le cause davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

**B. Assicurazioni complementari (private)**
**Art. 75**[168] Le contestazioni degli assicuratori tra loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazione sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

**C. Altre contestazioni**
**Art. 76**[169] [1]Contro le decisioni emesse in virtù della presente legge, è data facoltà di reclamo all'organo amministrativo che le ha emesse entro 30 giorni dalla notificazione. È applicabile la legge sulla procedura amministrativa del 24 settembre 2013.[170]
[2]Contro le decisioni su reclamo di cui al cpv. 1, è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notificazione.
[3]Contro le decisioni concernenti il rilascio dell'autorizzazione e la garanzia dell'assunzione dei costi per le ospedalizzazioni fuori Cantone non è dato reclamo e vi è la facoltà di ricorso diretto al Tribunale cantonale delle assicurazioni.
[4]È riservato l'art. 76*b*.

---

[167] Art. abrogato dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedente modifica: BU 2006, 201.
[168] Art. modificato dalla L 20.9.2016; in vigore dal 1.1.2017 - BU 2016, 511; precedente modifica: BU 2010, 326.
[169] Art. modificato dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301; precedenti modifiche: BU 1999, 41; BU 2006, 201.
[170] Cpv. modificato dalla L 24.9.2013; in vigore dal 1.3.2014 - BU 2013, 481.

Capitolo Ibis[171]
**Tribunale cantonale amministrativo**

**Art. 76a**[172] Le controversie derivanti dall'applicazione dei contratti di prestazioni sono di competenza del Tribunale cantonale amministrativo quale istanza unica ai sensi dell'articolo 91 lettera *b)* della legge sulla procedura amministrativa del 24 settembre 2013.

**Art. 76b**[173] Contro le decisioni del Consiglio di Stato in materia di finanziamento è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

Capitolo II
**Tribunale arbitrale**

**Definizione, composizione e norme di procedura**

**Art. 77** [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; per le decisioni, oltre alle spese, è dovuta una tassa da 100.– a 10'000.– franchi.[174]
[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, entro 30 giorni dalla notifica della risoluzione della Commissione paritetica.[175]

Capitolo III
**Sentenze dei Tribunali**

**Trasmissione**

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

TITOLO IX
**Disposizioni penali**

**A. Contravvenzioni**

**Art. 79** [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 art. 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.

**B. Prescrizione**

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

TITOLO X
**Disposizioni transitorie**

**A. Contratti stipulati secondo il previgente diritto**

---

171 Capitolo introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
172 Art. modificato dalla L 24.9.2013; in vigore dal 1.3.2014 - BU 2013, 476; precedente modifica: BU 2011, 301.
173 Art. introdotto dalla L 17.3.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2011, 301.
174 Cpv. modificato dalla L 30.11.2010; in vigore dal 1.1.2011 - BU 2011, 42.
175 Cpv. modificato dalla L 10.5.2006; in vigore dal 4.7.2006 - BU 2006, 201.

**Art. 81** [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.

**A1. Nuovi diritti e limiti dal 2010**

**Art. 81a**[176] [1]A partire dall'anno 2010, il sussidio minimo è garantito anche ai seguenti assicurati:
a. le persone sole il cui reddito (di cui all'art. 29 cpv. 1 lett. a) è compreso tra fr. 20'000.– e fr. 22'000.–;
b. le famiglie il cui reddito (di cui all'art. 29 cpv. 1 lett. b) è compreso tra fr. 32'000.– e fr. 34'000.–;
c. le famiglie il cui reddito di riferimento (di cui all'art. 32 cpv. 2) è compreso tra fr. 50'000.– e fr. 55'000.–;
d. le altre famiglie il cui reddito (di cui all'art. 46 cpv. 1) è compreso tra fr. 60'000.– e fr. 65'000.–.
[2]In deroga all'art. 28 cpv. 2, l'istanza di sussidio per l'anno 2010 degli assicurati di cui al cpv. 1 può essere presentata entro il 31 marzo 2010.

**Art. 81b**[177] [1]Per l'anno 2011, il sussidio minimo è garantito anche ai seguenti assicurati:
a. le persone sole il cui reddito (di cui all'art. 29 cpv. 1 lett. a) è compreso tra fr. 22'000.– e fr. 28'000.–;
b. le famiglie il cui reddito (di cui all'art. 29 cpv. 1 lett. b) è compreso tra fr. 34'000.– e fr. 40'000.–;
c. le persone sole il cui reddito di riferimento (di cui all'art. 32 cpv. 2) è compreso tra fr. 55'000.– e fr. 60'000.–;
d. le altre famiglie il cui reddito (di cui all'art. 46 cpv. 1 e 48) è compreso tra fr. 65'000.– e fr. 70'000.–.
[2]In deroga all'art. 28 cpv. 2, l'istanza di sussidio per l'anno 2011 degli assicurati di cui al cpv. 1 è presentata entro il 30 aprile 2011.

**B. ...**

**Art. 82** ...[178]

**C. Servizio medico nelle regioni di montagna**

**Art. 83** [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.

**D. Assicurati con sospensione di prestazioni LAMal o in mora con i pagamenti**

**Art. 83a**[179] Per i crediti riferiti all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie maturati prima del 1. gennaio 2012 si applica il diritto previgente.

**E. Disposizione transitoria federale**

**Art. 83b**[180] [1]Il Cantone non assume i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della modifica dell'art. 64a LAMal.
[2]Si richiama il capoverso 2 delle Disposizioni transitorie della modifica del 19 marzo 2010 riguardante l'art. 64*a* LAMal.

**F. Valutazione**

**Art. 83c**[181] Trascorsi due anni dell'entrata in vigore della modifica del 12 dicembre 2011, il Consiglio di Stato presenta al Gran Consiglio una valutazione dell'efficacia, delle conseguenze economiche e dell'impatto sui Comuni delle misure introdotte.
La valutazione riguarda anche il ruolo svolto del Cantone, dai Comuni, dalle CTR e dagli assicuratori malattia, per prevenire, gestire e risolvere il problema degli assicurati morosi.

**G. Disposizione transitoria relativa alla competenza per le assicurazioni complementari (private)**

---

176 Art. introdotto dalla L 15.12.2009; in vigore dal 1.1.2010 - BU 2010, 46.
177 Art. introdotto dalla L 13.12.2010; in vigore dal 1.1.2011 - BU 2011, 95.
178 Art. abrogato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
179 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
180 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.
181 Art. introdotto dalla L 14.12.2011; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2012, 49.

**Art. 83d**[182] Le procedure pendenti inoltrate dopo il 31 dicembre 2010 sono trasmesse d'ufficio al Tribunale cantonale delle assicurazioni.

TITOLO XI
**Disposizioni finali**

**A. Valutazione della riduzione dei premi e del premio medio di riferimento**[183]

**Art. 84**[184] [1]Dopo due anni di applicazione della riforma delle riduzioni dei premi (art. 23 e segg.) proposta con il messaggio 6264, il Consiglio di Stato presenterà al Gran Consiglio un rapporto di valutazione dei suoi effetti, se del caso corredato dai correttivi legislativi necessari.
[2]Entro fine giugno 2015, con riferimento al messaggio n. 6982, il Consiglio di Stato presenterà al Gran Consiglio la valutazione degli effetti dovuti alla determinazione del premio medio di riferimento sulla sola base del modello assicurativo medico di famiglia (principi, formula e importo), corredata dalle modifiche legislative per una sua entrata in vigore dopo il 1° gennaio 2016.[185]
[3]Il Consiglio di Stato presenterà al Gran Consiglio entro fine marzo 2017 una modifica legislativa per calcolare il premio medio di riferimento sulla base delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni meno care.[186]

**B. Disposizione transitoria della modifica del 15.12.2015**

**Art. 84a**[187] [1]Se non concordato diversamente tra le parti, per due anni dall'entrata in vigore della presente modifica di legge, i reparti acuti di minore intensità fatturano:
a) le prestazioni di cura e assistenza in base ai criteri di cui agli art. 7 e segg. OPre;
b) le prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche all'atto;
c) i medicamenti e i mezzi ausiliari per singola fornitura.
[2]Alla fine dei due anni i partner tariffali valuteranno i dati a disposizione per stabilire la remunerazione a forfait a contare dal terzo anno, sulla base della fatturazione analitica.

**C. Abrogazione**

**Art. 85** Con l'entrata in vigore della presente legge sono abrogati:
a) il decreto legislativo di applicazione della LAMal, del 18 dicembre 1995;
b) il decreto legislativo concernente le vie di diritto in caso di ospedalizzazioni fuori Cantone.

**D. Entrata in vigore**

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

Pubblicata nel BU **1997**, 379.

[182] Art. introdotto dalla L 20.9.2016; in vigore dal 1.1.2017 - BU 2016, 511.
[183] Nota marginale modificata dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587; precedente modifica: BU 2010, 297.
[184] Art. modificato dalla L 24.6.2010; in vigore dal 1.1.2012 - BU 2010, 297.
[185] Cpv. introdotto dalla L 3.11.2014; in vigore dal 1.1.2015 - BU 2014, 587.
[186] Cpv. introdotto dalla L 20.9.2016; in vigore dal 1.1.2018 - BU 2016, 447.
[187] Art. introdotto dalla L 15.12.2015; in vigore dal 15.3.2016 - BU 2016, 146.