

Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi

Volume 131
Bellinzona, 23 dicembre

55/2005

Legge

sul finanziamento della rinaturazione dei corsi d'acqua e delle rive lacustri

(del 10 ottobre 2005)

IL GRAN CONSIGLIO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

- richiamata l'iniziativa parlamentare 21 giugno 1999 presentata nella forma generica da Tullio Righinetti e cofirmatari per il ripristino di situazioni idrico-ambientali compromesse;
- visto il messaggio 15 marzo 2005 n. 5632 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 20 settembre 2005 n. 5632 R della Commissione della legislazione,

decreta:

Scopo **Art. 1** La presente legge disciplina il finanziamento di progetti, studi, interventi e attività il cui fine sia il miglioramento della situazione ecologica di corsi d'acqua e di rive lacustri (rinaturazione).

Campo d'applicazione

- Art. 2** ¹Sono rinaturazioni e possono beneficiare di un contributo, in particolare:
- a) le misure di costruzione e di gestione straordinaria di corsi d'acqua e rive lacustri, realizzate in modo naturale;
 - b) la rivitalizzazione di zone golenali;
 - c) la messa a cielo aperto di corsi d'acqua;
 - d) le misure volte a favorire o a ripristinare la migrazione della fauna ittica, così come la creazione di luoghi di frega e di rifugio;
 - e) il ripristino di interventi di rinaturazione già precedentemente realizzati;
 - f) l'acquisizione dei diritti reali in caso di progetti di rivitalizzazione e il versamento di indennità uniche;
 - g) i lavori preparatori e gli studi che servono direttamente alla realizzazione di rinaturazioni;
 - h) le misure supplementari di valorizzazione ecologica nell'ambito di progetti di sistemazione di corsi d'acqua.

²Non sono ritenute rinaturazioni e non possono quindi beneficiare di contributo:

- a) le misure di sistemazione di corsi d'acqua che sono ordinate per motivi di sicurezza contro le piene;
- b) le misure di gestione di corsi d'acqua dettate da motivi di sicurezza;
- c) i costi riconducibili a indennità ricorrenti versate per misure di gestione, di rinuncia allo sfruttamento o altre prestazioni simili;
- d) la gestione di piscicoltura;
- e) le misure di compensazione ecologica imposte nel quadro di un'autorizzazione o di una concessione.

³Possono inoltre beneficiare di un contributo misure ed interventi sulle acque transfrontaliere o realizzati in altri Cantoni, che portano benefici alle acque ticinesi.

- Finanziamento** **Art. 3** ¹Il Cantone assicura un adeguato finanziamento delle opere di rinaturazione dei corsi d'acqua e delle rive lacustri mediante crediti quadro quadriennali.
²I crediti sono iscritti al conto investimenti del Dipartimento del territorio, compatibilmente alle disponibilità finanziarie e ai limiti di Piano finanziario.
- Competenze e compiti** **Art. 4** ¹Le decisioni relative al contributo sono di competenza del Consiglio di Stato.
²Il Gruppo di lavoro per il recupero degli ecosistemi acquatici compromessi, designato dal Consiglio di Stato (in seguito: Gruppo di lavoro) esegue compiti di promozione e di coordinamento delle attività di rivitalizzazione definiti dal Consiglio di Stato.
- Contributo**
a) Domanda e obblighi d'informazione **Art. 5** ¹Le domande di contributo vanno presentate in forma scritta al Consiglio di Stato per il tramite del Gruppo di lavoro, entro il 31 dicembre di ogni anno.
²Il richiedente deve fornire al Consiglio di Stato tutte le informazioni necessarie, autorizzandolo ad esaminare gli atti pertinenti e ad accedere ai luoghi.
³Tali obblighi sussistono anche dopo la concessione del contributo.
- b) Ordine di priorità** **Art. 6** ¹Qualora le domande di contributo ricevute eccedano le disponibilità finanziarie il Consiglio di Stato stabilisce un ordine di priorità per la loro valutazione e decisione.
²L'ordine di priorità viene comunicato ai richiedenti.
- c) Beneficiari** **Art. 7** ¹Possono beneficiare di un contributo tutte le persone giuridiche di diritto pubblico e le persone giuridiche di diritto privato esplicitanti compiti di diritto pubblico che realizzino interventi di rivitalizzazione ai sensi della presente legge.
²Il Cantone può assumere in proprio studi di base, progetti preliminari e la tenuta a giorno dei rilievi ecomorfologici. Esso può inoltre farsi carico di promuovere l'informazione e di pubblicare materiale inerente al recupero dei corsi d'acqua e delle rive lacustri.
- d) Entità** **Art. 8** ¹Il contributo è calcolato in modo tale da garantire il finanziamento del progetto, esaurite tutte le consuete fonti di finanziamento (sussidi cantonali, federali, comunali, sponsor privati, associazioni, consorzi,...).
²Il sussidio può essere definito in modo percentuale o forfetario qualora questo sistema di calcolo consenta di raggiungere lo scopo prefissato e di assicurare un'esecuzione razionale e economica del progetto.
³Di regola, il contributo massimo non deve superare il 50% dell'importo sussidiabile. Per gli studi di base e le progettazioni preliminari può invece raggiungere il 100%.
⁴Il committente partecipa al finanziamento con un contributo equo.
⁵Contributi inferiori ai 5'000.- non vengono assegnati.
- f) Decisione** **Art. 9** ¹Il contributo viene attribuito mediante decisione del Consiglio di Stato.
²La decisione indica la base legale, la natura e l'importo del contributo, l'oggetto e l'ammontare delle spese computate e delle altre fonti di finanziamento considerate.
- g) Condizioni e oneri** **Art. 10** ¹Il contributo può essere concesso solo nel caso in cui vi siano garanzie che i lavori vengano gestiti e realizzati da studi e imprese specializzate e referenziate.
²I progetti devono contenere le necessarie verifiche idrauliche ai fini della sicurezza.
³I beneficiari devono fornire un consuntivo sull'utilizzazione dei contributi speciali ricevuti.

- h) Versamento** **Art. 11** ¹Il versamento del contributo è esigibile nel momento in cui i consuntivi di spesa sono approvati dal Consiglio di Stato e dalle istanze preposte al collaudo tecnico e a saldo dei lavori avvenuto da parte della committenza.
²Il Consiglio di Stato può autorizzare il versamento di acconti sino ad un ammontare massimo del 80% dell'importo del contributo concesso.
- i) Prescrizione** **Art. 12** ¹Il diritto al versamento del contributo si prescrive se i lavori non sono iniziati entro due anni dalla crescita in giudicato della decisione di concessione del contributo.
²In particolari circostanze, il Consiglio di Stato può accordare un rinvio.
- Rimedi giuridici** **Art. 13** Contro le decisioni del Consiglio di Stato è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.
- Norme sussidiarie** **Art. 14** Ove non sia diversamente stabilito dalla presente legge, sono applicabili le norme della Legge sui sussidi cantonali.
- Entrata in vigore** **Art. 15** Decorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.
 Il Consiglio di Stato ne fissa la data dell'entrata in vigore.
 Bellinzona, 10 ottobre 2005

Per il Gran Consiglio

Il Presidente: **W. Carobbio**

Il Segretario: **R. Schnyder**

IL CONSIGLIO DI STATO, visto l'art. 15 della legge che precede,

ordina:

La legge sul finanziamento della rinaturazione dei corsi d'acqua e delle rive lacustri del 10 ottobre 2005 è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore il 1° gennaio 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Decreto esecutivo concernente la riscossione e i tassi d'interesse delle imposte cantonali valevole per il 2006

(del 20 dicembre 2005)

**IL CONSIGLIO DI STATO
 DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO**

visto l'articolo 322 della Legge tributaria del 21 giugno 1994 (denominata qui di seguito LT);

decreta:

**Rate e scadenze
 dell'imposta ordi-
 naria**
 (art. 240 LT)

Art. 1 ¹La riscossione dell'imposta ordinaria diretta dovuta per l'anno fiscale 2006 ha luogo in quattro rate. Tre rate vengono prelevate a titolo di acconto calcolate sulla base dell'importo presumibilmente dovuto o in base all'ultima tassazione. La quarta rata è a conguaglio.

²Le richieste di pagamento considerano gli accrediti a favore del contribuente.

³I termini di scadenza delle singole rate dell'imposta ordinaria diretta sono fissati come segue:

| | | |
|-------------------|-----------------|---|
| per la I | rata di acconto | il 1° maggio 2006 |
| per la II | rata di acconto | il 1° luglio 2006 |
| per la III | rata di acconto | il 1° settembre 2006 |
| rata a conguaglio | | a partire dal 2007, alla data d'intimazione del conteggio |

Sono riservate le scadenze speciali dell'art. 240 cpv. 5 LT.

Interesse remunerativo sulle eccedenze da restituire
(art. 241 LT)

Art. 2 ¹Sul rimborso delle somme riscosse in eccedenza, risultanti da un conteggio allestito dall'autorità fiscale, è corrisposto un interesse remunerativo annuo del 3% dal giorno in cui è pervenuto il pagamento fino al giorno della restituzione.

²Se il pagamento è stato effettuato prima della scadenza, dal giorno in cui è pervenuto e fino alla scadenza, esso è remunerato alle condizioni dell'art. 3.

Interesse remunerativo sui pagamenti eseguiti prima della scadenza
(art. 242 LT)
e sulla restituzione d'imposta
(art. 247 LT)

Art. 3 ¹Sui pagamenti eseguiti dal contribuente prima della scadenza come pure sulla restituzione di un'imposta non dovuta o dovuta solo in parte, pagata per errore dal contribuente, è concesso un interesse remunerativo del 2% dal giorno in cui il pagamento è pervenuto fino al giorno della scadenza o della restituzione.

²Gli importi non richiesti non sono remunerati se la restituzione avviene entro 30 giorni dal momento in cui è pervenuto il pagamento.

Interesse remunerativo sugli accrediti dell'imposta preventiva

Art. 4 ¹L'imposta preventiva sulle scadenze 2005 è accreditata nel conteggio d'imposta del medesimo anno con valuta 30 giorni dopo l'inoltro della dichiarazione d'imposta, ma al più presto il 31 maggio 2006.

²Nell'anno 2006 gli accrediti dell'imposta preventiva sono remunerati al tasso di interesse dell'articolo 2 capoverso 1.

Versamenti e restituzioni d'imposta al contribuente, addebito delle spese

Art. 5 ¹Le spese per i versamenti e le restituzioni d'imposta al contribuente possono essere poste a carico del contribuente.

²Tali spese vanno in diminuzione dell'importo versato o restituito.

Interessi di ritardo
(art. 243 LT)

Art. 6 ¹Se l'ammontare delle imposte, delle multe e delle spese non è pagato nei 30 giorni successivi alla loro scadenza, dalla fine di questo termine decorre un interesse di ritardo annuo del 3%.

²Le spese causate dall'incasso forzoso sono poste a carico del contribuente.

Trattenuta dell'imposta alla fonte

Art. 7 Sulla trattenuta dell'imposta alla fonte non sono riconosciuti interessi remunerativi anche nel caso di restituzione di eccedenze.

Importi minimi: rinuncia alla riscossione
(art. 243a LT)

Art. 8 Gli interessi remunerativi e di ritardo fino ad un importo di fr. 20.- non sono conteggiati.

Validità temporale dei tassi di interesse

Art. 9 ¹I tassi d'interesse remunerativi degli art. 2 e 3 si applicano a tutti i crediti fiscali dei contribuenti nell'anno civile 2006.

²Il tasso d'interesse di ritardo dell'art. 6 si applica a tutti i crediti fiscali nell'anno civile 2006. Il tasso d'interesse applicabile all'inizio di una procedura d'esecuzione rimane tuttavia valido sino alla chiusura della stessa.

**Entrata
in vigore**

Art. 10 Questo decreto è pubblicato unitamente al suo allegato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino. Entra in vigore il 1° gennaio 2006 e si applica nell'anno civile 2006 alle imposte dovute per gli anni fiscali 1995 e seguenti.

Tabella riassuntiva concernente i tassi d'interesse remunerativi e di ritardo

| Periodo | Interesse di ritardo e remunerativo sul rimborso delle somme riscosse in eccedenza (in %) | Interesse remunerativo sui pagamenti anticipati dal contribuente e sulle restituzioni di un'imposta non dovuta o dovuta solo in parte (in %) |
|--------------|---|--|
| Anno civile* | | |
| 2006 | 3 | 2 |
| 2005 | 3 | 3 |
| 2004 | 3 | 3 |
| 2003 | 3 | 3 |
| 2002 | 4 | 1,5 |
| 2001 | 4,5 | 2 |
| 2000 | 4 | 1,5 |
| 1999 | 4 | 1,5 |
| 1998 | 5 | 2 |
| 1997 | 5 | 2 |
| 1996 | 5 | 2,5 |
| 1995 | 5 | 3,5 |

* A partire dal 1° gennaio 1995, gli interessi sono calcolati in base al tasso valido per ogni anno civile. Ai periodi fiscali antecedenti tale data sono applicati i tassi di interesse stabiliti dagli appositi decreti esecutivi del Consiglio di Stato.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

**Decreto esecutivo
concernente l'imposizione delle persone fisiche valido per il periodo
fiscale 2006**

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

vista la Legge tributaria del 21 giugno 1994 (denominata qui di seguito LT) e in particolare l'articolo 322 LT;

decreta:

**Imposizione
globale secondo
il dispendio**
(art. 13 LT)

Art. 1 Il dispendio determinante non può essere inferiore a fr. 160 000.– annui.

**Deduzione delle
spese professionali
per attività
lucrativa dipen-
dente**
(art. 25 LT)
a) Principio

Art. 2 ¹Il contribuente con attività lucrativa dipendente può dedurre le spese necessarie al conseguimento del proprio reddito che sono in rapporto di causalità diretta con quest'ultimo.

²Non è ammessa la deduzione delle spese prese a carico dal datore di lavoro o da terzi, delle spese private causate dalla posizione professionale del contribuente nonché di quelle per il suo mantenimento e quello della sua famiglia (art. 33 lett. a LT).

³Se ambedue i coniugi svolgono un'attività lucrativa dipendente le deduzioni sono ammesse per ciascuno di essi. Quando un coniuge aiuta l'altro nella professione, nel commercio o nell'impresa, le deduzioni sono ammesse se esiste un rapporto di servizio che prevede conteggi con le assicurazioni sociali.

b) Spese di trasporto

Art. 3 ¹Sono considerate spese di trasporto quelle causate al contribuente per trasferirsi dal luogo di domicilio a quello in cui lavora. Le relative deduzioni sono stabilite come segue:

- a) per l'uso di mezzi di trasporto pubblici: la spesa effettiva;
- b) per l'uso della bicicletta, di un ciclomotore o di una motoleggera (cilindrata fino a 50 cmc., targa di controllo con fondo giallo): fino a fr. 700.– l'anno;
- c) per l'uso di una motocicletta o di un'automobile privata: le spese del mezzo pubblico disponibile.

²Eccezionalmente, se nessun mezzo pubblico è a disposizione o se il contribuente non può servirsene (es. infermità, distanza notevole dalla più vicina fermata, orario sfavorevole, ecc.) è ammessa una deduzione fino a 40 cts. il km per le motociclette (cilindrata oltre 50 cmc., targa di controllo con fondo bianco) e fino a 65 cts. il km per le automobili.

³La deduzione per il tragitto di andata e ritorno a mezzogiorno non può in ogni caso superare quella massima ammessa per i pasti consumati fuori casa (fr. 14.– al giorno o fr. 3000.– l'anno).

c) Spese supplementari per doppia economia domestica

Art. 4 ¹Sono considerate spese supplementari per doppia economia domestica quelle causate al contribuente quando non può consumare un pasto principale al proprio domicilio. La relativa deduzione è ammessa se il luogo di lavoro è a notevole distanza da quello di domicilio oppure quando, per le condizioni imposte dall'attività professionale, la pausa per i pasti è tale da non permettere al contribuente di rientrare a domicilio.

²La deduzione è stabilita come segue:

- a) se il contribuente rientra ogni giorno a domicilio, per ogni pasto principale consumato fuori casa: fr. 14.– il giorno o fr. 3'000.– l'anno se i pasti a mezzogiorno sono consumati regolarmente fuori casa;
- b) se il contribuente soggiorna al luogo di lavoro durante i giorni lavorativi ma rientra regolarmente al proprio domicilio fiscale il fine settimana, per ogni pasto consumato fuori casa: fr. 14.–, vale a dire fr. 28.– il giorno o fr. 6'000.– l'anno se le medesime circostanze sussistono tutto l'anno.

³Se i pasti sono in parte o totalmente consumati nella mensa del datore di lavoro oppure se quest'ultimo versa un contributo per ridurne il prezzo, le deduzioni previste dal capoverso 2 sono ammesse solo nella misura della metà (fr. 7.– il giorno o fr. 1'500.– l'anno, rispettivamente fr. 21.– il giorno o fr. 4'500.– l'anno). Se la riduzione di prezzo è tale che il contribuente non ha palesemente più alcuna spesa supplementare, non è ammessa alcuna deduzione per quel pasto.

d) Spese supplementari di alloggio

Art. 5 ¹Sono considerate spese supplementari di alloggio quelle causate dal pernottamento al luogo di lavoro quando il contribuente vi soggiorna durante i giorni lavorativi ma rientra regolarmente al proprio domicilio fiscale il fine settimana.

²È ammessa la deduzione dell'affitto usuale di una camera (e non di un appartamento) e, a titolo di spese di trasporto, le spese per il rientro regolare al domicilio fiscale oltre a quelle stabilite dall'art. 3 per il trasporto dalla propria abitazione al luogo di lavoro.

e) Lavoro a turni o notturno

Art. 6 ¹Il contribuente che svolge un lavoro a turni o di notte può dedurre per ogni giorno di lavoro a turni o di notte di almeno 8 ore consecutive: fr. 14.– oppure fr. 3000.– l'anno se il lavoro a turni o di notte è svolto tutto l'anno. Questa deduzione non può essere cumulata con quelle per spese supplementari per doppia economia domestica previste dall'art. 4.

²Il totale dei giorni di lavoro a turni o notturno deve essere attestato dal datore di lavoro nel certificato di salario.

³Il lavoro a orario irregolare è equiparato al lavoro a turni, se i due pasti principali non possono essere consumati a domicilio all'ora consueta.

f) Altre spese professionali

Art. 7 ¹Sono considerate altre spese professionali quelle necessarie all'esercizio della professione che sono sopportate dal contribuente per l'acquisto di attrezzi e strumenti di lavoro (compresi hard- e software), di riviste e libri specializzati, per l'uso di una camera privata a scopi professionali, per abiti di lavoro, per l'usura particolare delle scarpe e degli abiti di lavoro, per lavori pesanti, ecc.

²La relativa deduzione è ammessa nella misura complessiva di fr. 2'400.- l'anno oppure delle spese effettive. In quest'ultimo caso devono essere giustificate la totalità delle spese e la loro necessità professionale.

³La deduzione complessiva del capoverso 2 è dimezzata se l'attività lucrativa dipendente è esercitata per meno di 6 mesi all'anno o con un grado di occupazione inferiore al 50%.

g) Spese di perfezionamento e riqualifica professionale

Art. 8 ¹Le spese per il perfezionamento e la riqualificazione professionali sono deducibili se connesse con l'esercizio dell'attuale attività professionale e nella misura in cui sono giustificate e documentate.

²Non è ammessa la deduzione delle spese di formazione vera e propria (art. 33 lett. b LT) e quella delle spese già considerate nella deduzione prevista dall'art. 7.

h) Attività accessoria

Art. 9 ¹Per l'esercizio di un'attività lucrativa accessoria occasionale dipendente e in sostituzione delle spese professionali ammesse dagli articoli precedenti è accordata una deduzione complessiva di fr. 800.- l'anno.

²Se, in luogo della deduzione complessiva del capoverso 1, il contribuente fa valere spese più elevate, la totalità delle spese effettive e la loro necessità professionale devono essere giustificate.

Deduzione per figli agli studi (art. 34 LT)

Art. 10 ¹Per ogni figlio fino al 25.mo anno di età, al cui sostentamento il contribuente provvede e che, senza beneficiare di assegni o borse di studio, frequenta una scuola o corsi di formazione, oltre al periodo dell'obbligo, sono riconosciute le seguenti deduzioni:

1. fr. 1'100.- se il figlio frequenta scuole postobbligatorie o corsi di perfezionamento professionale e il luogo di domicilio corrisponde con quello di sede della scuola o del luogo di formazione;
2. fr. 1'800.- se il figlio frequenta scuole postobbligatorie o corsi di perfezionamento in Ticino ma luogo di domicilio (ove egli rientra giornalmente) e quello di sede della scuola o del luogo di formazione non corrispondono;
3. fr. 4'400.- se il figlio frequenta scuole postobbligatorie o corsi di perfezionamento in Ticino ma luogo di domicilio (ove egli non rientra giornalmente) e quello di sede della scuola o del luogo di formazione non corrispondono;
4. fr. 6'100.- se il figlio frequenta scuole postobbligatorie o corsi di perfezionamento fuori Cantone o frequenta studi d'ordine accademico in Ticino o fuori Cantone rientrando giornalmente a domicilio;
5. fr. 12'800.- se il figlio frequenta studi accademici senza rientrare giornalmente al domicilio.

²In tutti i casi, deve trattarsi di scuole, studi o corsi a tempo pieno, estesi per la durata di almeno due semestri, senza retribuzione né indennità agli studenti e che rilasciano un titolo o preparano ad un esame riconosciuto.

³Gli assegni o borse di studio fino a fr. 1'000.- l'anno danno diritto all'intera deduzione del capoverso 1. Per importi superiori le deduzioni sono computate parzialmente, ma

solo fino a concorrenza del risparmio di imposta ottenibile in caso di concessione dell'intera deduzione.

Calcolo delle aliquote dell'imposta alla fonte
(artt. 106 e 107 LT)

Art. 11 ¹La Divisione delle contribuzioni elabora le tabelle delle aliquote per le imposte alla fonte conformemente agli articoli 106 e seguenti LT e alle direttive federali in materia.

²Per l'imposta cantonale valgono le seguenti deduzioni forfetarie:

| | | |
|---|----------------|---|
| 1. Contributi AVS / AI / IPG | 5.05% | del salario lordo |
| 2. Contributi AD | 1.0% | del salario lordo fino a fr. 106'800.– al massimo fr. 1'068.– |
| 3. Contributi AINP | 1.4% | del salario lordo, al massimo fr. 1'495.20 |
| 4. Contributi alla previdenza professionale (2. pilastro) | 5.5% | del salario lordo |
| 5. Deduzione per premi assicurativi e interessi sui capitali a risparmio | a) dimoranti | |
| | 4% | del salario lordo per le persone sole (massimo fr. 4'900.–) |
| | 6% | del salario lordo per i coniugi (massimo fr. 9'800.–) |
| | 6.5% | del salario lordo per i coniugi con 1 figlio (massimo fr. 9'800.–) |
| | 7.0% | del salario lordo per i coniugi con 2 figli o più (massimo fr. 9'800.–) |
| | b) frontalieri | |
| | 1.5% | del salario lordo per le persone sole (massimo fr. 4'900.–) |
| 6. Deduzione per spese professionali (spese di trasporto, per pasti fuori domicilio e per le altre spese necessarie alla professione) | fr. 4'000.– | per dimoranti con un solo reddito |
| | fr. 7'200.– | per dimoranti coniugati con doppio reddito |
| 7. Deduzione per coniugi con doppio reddito | fr. 5'500.– | per frontalieri con un solo reddito |
| | fr. 9'700.– | per frontalieri coniugati con doppio reddito |
| 8. Deduzione per figli | fr. 10'500.– | per figlio |

³Il moltiplicatore medio comunale è dell'82%.

Tassazione ordinaria sostitutiva
(art. 113 LT)

Art. 12 La tassazione ordinaria sostitutiva viene eseguita quando i proventi lordi assoggettati all'imposta alla fonte del contribuente o del suo coniuge vivente in comunione domestica con lui con domicilio o dimora fiscale in Svizzera superano singolarmente, nel corso di un anno civile, l'importo di fr. 120'000.–.

Abrogazioni

Art. 13 È abrogato il decreto esecutivo del 14 dicembre 2004 concernente l'imposizione delle persone fisiche valido per il periodo fiscale 2005 che rimane tuttavia applicabile alle tassazioni riferite a quel periodo fiscale.

Entrata in vigore

Art. 14 Questo decreto è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore il 1° gennaio 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

**Decreto esecutivo
concernente la determinazione dell'aliquota contributiva, incluse le spese amministrative, a carico dei datori di lavoro affiliati alla Cassa cantonale per gli assegni familiari**

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

visto l'art. 58 della legge sugli assegni di famiglia (LAF) dell'11 giugno 1996;

decreta:

Art. 1 Per l'anno 2006 l'aliquota contributiva, incluse le spese amministrative, corrisponde al 1.5% dei salari determinanti ai fini dell'AVS.

Art. 2 Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

Esso entra in vigore con effetto 1° gennaio 2006 e mantiene la sua validità fino al 31 dicembre 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

**Decreto esecutivo
concernente la determinazione dell'importo mensile dell'assegno di base e per giovani in formazione o giovani invalidi per ogni figlio per l'anno 2006**

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

visti gli art. 16, 58 cpv. 4, 59 cpv. 1 lett a), 61 e 76 della legge sugli assegni di famiglia (LAF) dell'11 giugno 1996;

richiamato il decreto esecutivo del 7 dicembre 2004 che fissava per l'anno 2005 l'assegno minimo per ogni figlio a fr. 183.- mensili;

preso atto che per gli anni dal 1997 al 2005 il rincaro cumulato equivale al 8.4%;

ritenuto che il primo adeguamento dell'assegno avviene quando il rincaro calcolato secondo l'indice dei prezzi al consumo su base annua, supera per la prima volta la percentuale di cui all'art. 16 cpv. 3 LAF e che esso è pari alla percentuale eccedente tale limite;

considerato che il finanziamento del Cantone supera tuttora il 50% dei costi dell'assegno integrativo e di prima infanzia;

preso atto che, per l'assegno di base e quello per giovani in formazione e giovani invalidi, l'eccedenza dei contributi versati dai datori di lavoro alle Casse cantonali e professionali per gli assegni familiari, in virtù del blocco dell'indicizzazione dell'assegno, sarà riversata dalle medesime Casse al fondo di compensazione gestito dalla Cassa cantonale per gli assegni familiari;

preso atto delle competenze che l'art. 62 LAF conferisce al Consiglio di Stato;

decreta:

Art. 1 La percentuale di cui all'art. 16 cpv. 3 LAF è aumentata al 8.4%.

Art. 2 Per l'anno 2006 l'ammontare dell'assegno di base e per giovani in formazione o giovani invalidi è di fr. 183.– mensili.

Art. 3 ¹Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Esso entra in vigore con effetto 1° gennaio 2006 e mantiene la sua validità fino al 31 dicembre 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Decreto esecutivo

concernente la convenzione stipulata tra l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e santésuisse per il sistema di fatturazione secondo APDRG

(del 25 ottobre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

visti gli art. 46 cpv. 4 e 53 LAMal, 68 LCAMal, 50 LPA e 14 LSPr;

esaminata la convenzione stipulata in data 3 dicembre 2004 tra l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e santésuisse, per quanto attiene all'introduzione del sistema di fatturazione secondo APDRG;

considerata la comunicazione 12 aprile 2005 del Sorvegliante dei prezzi;

consultate l'Associazione consumatrici della Svizzera italiana (ACSI) e l'Associazione dei pazienti della Svizzera italiana (APSI);

richiamata la presa di posizione 25 giugno 2004 dell'Incaricato federale per la protezione dei dati, in margine al transito di informazioni diagnostiche tra fornitori di prestazioni e assicuratori malattie;

considerati i principi di Alleggerimento della legislazione cantonale;

decreta:

Art. 1 ¹Richiamato il cpv. 2, é approvata la convenzione stipulata in data 3 dicembre 2004 di cui ai considerandi, riguardante l'introduzione del sistema di fatturazione secondo APDRG presso gli istituti dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC).

²Sono poste le riserve di cui ai considerandi in fatto di trasmissione delle informazioni diagnostiche tra fornitori di prestazioni e assicuratori malattie.

³Gli atti di cui sopra sono pubblicati come allegati del presente decreto.

Art. 2 Il presente decreto è notificato agli interessati mediante pubblicazione nel Foglio Ufficiale.

Art. 3 Contro il presente decreto esecutivo è dato ricorso al Consiglio federale entro 30 giorni dalla notificazione.

Art. 4 ¹Il Decreto esecutivo 9 dicembre 2003 concernente le tariffe LAMal applicabili agli ospedali dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) per gli anni 2004 e 2005 e la Convenzione 10 dicembre 1998 tra l'Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona e la FTAM (ora santésuisse Ticino), Bellinzona, sono abrogati.

²Trascorso il termine di ricorso, il presente decreto è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore con effetto retroattivo al 1° gennaio 2005.

Bellinzona, 25 ottobre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

**L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona
e
santésuisse**

visti l'art. 46 LAMal 18 marzo 1994 e gli art. 67 e ss. della Legge cantonale di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997

convengono:

A. Campo di applicazione

Campo di applicazione

Art. 1 ¹La presente convenzione si applica a tutti i pazienti domiciliati o dimoranti nel Cantone che beneficiano dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso uno degli assicuratori malattia contraenti, limitatamente ai casi di ospedalizzazione nella classe comune di degenza.

Urgenze

²I pazienti che per carenza di posto o per motivi di ordine medico sono ricoverati temporaneamente in camera privata, semiprivata o d'isolamento, sono considerati degenti in camera comune, sempre che l'ospedalizzazione abbia carattere d'urgenza.

B. Adesione alla convenzione

Elenco istituti di cura

Art. 2 ¹Sono vincolati alla presente convenzione, da un lato, i sottoelencati istituti di cura appartenenti all'EOC, per i loro reparti previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale:

- Ospedale Regionale di Lugano, 6900 Lugano
 - Ospedale Regionale San Giovanni, 6500 Bellinzona
 - Ospedale Regionale della Beata Vergine, 6850 Mendrisio
 - Ospedale Regionale La Carità, 6600 Locarno
 - Ospedale di Zona di Leventina, 6760 Faido
 - Ospedale di Zona di Blenio, 6716 Acquarossa
 - Clinica di riabilitazione di Novaggio, 6986 Novaggio
- e dall'altro, gli assicuratori malattia che vi hanno aderito.

Elenco assicuratori

²L'allegato 1 elenca gli assicuratori malattia che hanno dichiarato l'adesione alla presente convenzione. Esso viene regolarmente aggiornato.

C. Pianificazione ospedaliera cantonale

Art. 3 Gli istituti di cura possono aderire alla presente convenzione limitatamente ai loro reparti previsti dalla pianificazione ospedaliera cantonale.

D. Avviso di entrata / Garanzia di assunzione

| | |
|--|---|
| Notifica di ammissione | Art. 4 ¹ L'amministrazione dell'istituto di cura, in collaborazione con la direzione medica, notifica immediatamente l'ammissione del paziente all'assicuratore malattia cui è assicurato per la cura medica indicando il motivo del ricovero, se si tratta di malattia o infortunio, la classe di degenza, il valore del punto DRG o l'importo della retta forfetaria giornaliera. Nel caso di ammissioni programmate l'istituto di cura acuto ha la facoltà di notificare preventivamente il caso all'assicuratore malattia, mentre per le ammissioni nei reparti di riabilitazione (Novaggio e reparto di riabilitazione di Faido) le ammissioni programmate devono essere notificate preventivamente all'assicuratore malattia. |
| Notifica e corrispondenza | ² Sugli annunci ed su ogni altra corrispondenza sono da richiamare le seguenti indicazioni: – dati personali dell'assicurato (nome, cognome, numero d'assicurato, data di nascita, luogo di domicilio); – il nome dell'assicuratore o della sezione e/o agenzia; – il numero codice creditore (N° ZSR) del fornitore di prestazione; – classe di degenza; – data di entrata. Il modulo di notifica di ammissione e di garanzia deve essere uniforme per tutti gli istituti di cura. |
| Garanzia dell'assicuratore e malattia | ³ Entro cinque giorni lavorativi dalla ricezione della notifica di ammissione secondo l'art. 4 cpv. 1 e 2, gli assicuratori contraenti sono tenuti a rilasciare all'amministrazione dell'istituto di cura la garanzia di pagamento integrale della nota ospedaliera secondo la tariffa di camera comune. |
| Estensione della garanzia | ³ Per i degenti, in camera semiprivata e privata, che beneficiano presso il medesimo assicuratore di un'assicurazione complementare ospedaliera, la garanzia può essere estesa sino all'importo complessivo assicurato. |
| Certificato di uscita | ⁴ L'amministrazione dell'istituto di cura si impegna a trasmettere all'assicuratore, con tempestività, il certificato medico di uscita. |
| Complemento d'informazioni | ⁵ Gli assicuratori hanno la facoltà di chiedere ulteriori informazioni all'istituto di cura. Trattandosi di informazioni di natura medica la documentazione potrà essere inviata al medico di fiducia dell'assicuratore. |
| Divieto di richiedere anticipi o depositi | Art. 5 ¹ Gli istituti di cura contraenti si impegnano a non esigere depositi o anticipi, sotto qualsiasi forma, dagli assicurati degenti in camera comune per i quali è stata rilasciata una garanzia in conformità dell'art. 4 e per i degenti in altre classi di degenza cui è stata rilasciata una garanzia di pagamento integrale. |
| Eccezioni | ² Gli istituti di cura contraenti hanno la facoltà di esigere depositi o anticipi commisurati all'importo delle spese non coperte dagli assicuratori malattia. |
| Rifiuto della garanzia | Art. 6 ¹ L'assicuratore può rifiutare di rilasciare la garanzia se il paziente non assolve le condizioni legali o contrattuali per il diritto alle prestazioni. |
| Termine di rifiuto | ² Se la dichiarazione di rifiuto della garanzia non è inviata all'istituto di cura entro cinque giorni lavorativi dalla ricezione della comunicazione, l'assicuratore è tenuto al pagamento: – per i casi acuti della nota ospedaliera conformemente alla richiesta di garanzia come se avesse prestato garanzia; – per i casi di riabilitazione per una durata massima di quindici giorni. |

E. Fatturazione

| | |
|------------------------|--|
| Fatture | Art. 7 ¹ Per ogni caso l'istituto di cura emette una fattura a carico dell'assicuratore malattia secondo le tariffe previste dall'allegato 2. Nell'ambito della riabilitazione l'istituto di cura può procedere a fatturazioni parziali ogni fine mese, comunque al 31 dicembre deve essere inviata una fattura pro rata. |
| Contenuto | ² La fattura deve contenere le seguenti indicazioni: – data di entrata e data di uscita; – separazione tra prestazioni obbligatorie e prestazioni non obbligatorie ai sensi della LAMal; – la data della fattura; – il numero dell'assicurato; inoltre per i casi acuti: – il numero del DRG corrispondente – se si tratta di un caso «outlier» e/o se si tratta di un caso forzato manualmente. |
| Spese personali | ³ Le spese personali e le prestazioni che non sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vengono fatturate dall'istituto di cura direttamente al paziente. |

F. Rimborso delle prestazioni

| | |
|-----------------------------|--|
| Sistema di pagamento | Art. 8 ¹ Le parti convengono di adottare il sistema del terzo pagante. L'istituto di cura invia una copia della fattura all'assicurato. |
| Termine di pagamento | ² Gli assicuratori si impegnano, dopo ricezione di tutte le informazioni e della fattura, al pagamento entro 30 giorni. In caso di ripetuti ritardi la Commissione paritetica può autorizzare gli istituti di cura a prelevare un interesse di mora. |
| Trasmissione dati | ³ Sono riservati accordi particolari concernenti la trasmissione delle fatture per via elettronica. |

G. Economicità / Garanzia di qualità

| | |
|---|--|
| Trattamenti economici e limitazione della durata della degenza | Art. 9 ¹ L'amministrazione ospedaliera in collaborazione con la direzione medica dei singoli reparti si impegna a limitare la durata di degenza ospedaliera e delle prestazioni a quanto è richiesto dall'interesse dell'assicurato e dallo scopo della cura, in conformità all'art. 56 LAMal. |
| Garanzia di qualità | ² Gli istituti di cura si impegnano a garantire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni (art. 58 LAMal). |
| Accordo di qualità | ³ Il controllo della qualità è regolato in convenzione separata. |
| Commissione paritetica | Art. 10 Le norme sulla Commissione Paritetica sono regolate dall'allegato 3. |

H. Disdetta

| | |
|-----------------------------|---|
| Termini | Art. 11 ¹ La convenzione ed i suoi allegati possono essere disdetti separatamente, dalle parti contraenti, con un preavviso di 9 mesi, per la fine di un anno civile. In caso di disdetta della convenzione decadono automaticamente anche gli allegati. |
| Disdetta individuale | ² L'EOC e, a titolo individuale, gli assicuratori possono disdire, con il medesimo termine, la convenzione. |
| Aggiornamenti | ³ Adattamenti, modifiche e/o completamenti di questa convenzione, come dei suoi allegati, possono entrare in vigore all'inizio di un anno civile. Essi devono essere negoziati e determinati entro la fine del mese di giugno dell'anno precedente. |

I. Entrata in vigore**Entrata
in vigore**

Art. 12 La presente convenzione e i relativi allegati entrano in vigore il 1° gennaio 2005. Annulla e sostituisce la convenzione del 10 dicembre 1998 e l'allegato 2, tariffario, del 18 agosto 2003.

Bellinzona, 3 dicembre 2004

per l'Ente Ospedaliero Cantonale

Il Direttore:
dr. oec. Carlo Maggini

Il Vice Direttore:
lic. oec. Danilo Beffa

per santésuisse

la responsabile santésuisse regione Est II:
mag. oec. HSG Verena Nold

il segretario generale per il Ticino:
Giampaolo de Neri

Allegato 2 alla convenzione tra

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona

e

santésuisse

del 3 dicembre 2004

Tariffario applicabile dal 1° gennaio 2005**Valore del pun-
to APDRG**

Art. 1 ¹A decorrere dal 1° gennaio 2005, per le degenze acute in camera comune, è applicabile il seguente valore del punto APDRG riferito alla versione 4.1:

Fr. 3'082.–

**Tariffe giorna-
liere applicabili
per la riabilita-
zione**

²A decorrere dal 1° gennaio 2005, per le degenze di riabilitazione in camera comune sono applicabili, le seguenti tariffe giornaliere forfetarie:

– **Ospedale di Zona di Leventina, 6760 Faido** **Fr. 199.–**
– **Clinica di riabilitazione di Novaggio, 6986 Novaggio** **Fr. 211.–**

**Degenze
a cavallo
2004 / 2005**

³I casi di ospedalizzazione a cavallo tra l'anno 2004 e l'anno 2005 sono fatturati completamente per giornata di cura.

Le tariffe per giornata di cura dal 1° gennaio 2005 sono le seguenti:

– **Ospedale Regionale di Lugano, 6900 Lugano** **Fr. 434.–**
– **Ospedale Regionale San Giovanni, 6500 Bellinzona** **Fr. 422.–**
– **Ospedale Regionale della Beata Vergine, 6850 Mendrisio** **Fr. 359.–**
– **Ospedale Regionale La Carità, 6600 Locarno** **Fr. 360.–**
– **Ospedale di Zona di Leventina, 6760 Faido** **Fr. 199.–**
– **Ospedale di Zona di Blenio, 6716 Acquarossa** **Fr. 202.–**

**Prestazioni e-
scuse dalle in-
dennità forfeta-
rie**

Art. 2 Le indennità previste all'art. 1 comprendono tutte le prestazioni ospedaliere e mediche ad eccezione:

- a) del rene artificiale e del trapianto del midollo: sono applicabili le tariffe concordate con la Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori malattia di Soletta;
- b) delle ectoprotesi (protesi esterne) che sono fatturabili al prezzo di costo;
- c) delle spese personali (radio, TV, bibite, telefoni, ecc.).

Regole di fatturazione APDRG
Allegato A

Art. 3 Per le regole di fatturazione APDRG fanno stato le direttive TAR APDRG 2004, edite da APDRG Svizzera, versione 02 – 08.09.03, come pure le direttive amministrative di fatturazione per APDRG dell'EOC, versione agosto 2004, allegato A.

SwissDRG

Art. 4 Le parti contraenti si impegnano a convertire i loro sistemi sul sistema SwissDRG non appena questo sarà messo in funzione.

Neutralità dei costi, fatturazione parallela

Art. 5 ¹Nell'ambito di questa convenzione, per evitare effetti finanziari indesiderati, dovuti alle possibili variazioni del case mix index e della degenza media, l'EOC allestisce, per i casi acuti, una fatturazione parallela secondo il sistema in vigore fino al 31 dicembre 2004, al fine di confrontare i due sistemi.

²La differenza tra la fatturazione per APDRG e la fatturazione per giornata di cura viene calcolata globalmente per tutti gli ospedali EOC e per tutti gli assicuratori malattia.

³In caso di una differenza superiore al 2%, l'EOC e gli assicuratori malattia, tramite santésuisse, si impegnano a compensare annualmente ed entro la fine dell'anno successivo l'intera differenza di cui al cpv. 2.

Qualità della codifica
Allegato B

Art. 6 ¹La qualità della codifica è controllata annualmente.

²Gli scopi e la modalità di procedura sono definiti nel «Règlement de codage» di cui all'allegato B.

³Nel caso di divergenze, i partner contrattuali devono prendere provvedimenti.

Dati statistici anonimizzati

Art. 7 L'EOC mette a disposizione di santésuisse Ticino annualmente i seguenti dati:

- numero dei casi per DRG;
- numero dei casi low-high outlier per DRG;
- somma dei costi relativi medi (caseload);
- indice case-mix;
- numero di trasferimenti con l'indicazione dell'ospedale di arrivo se il paziente è stato trasferito in un ospedale dell'EOC o al Cardio Centro Ticino;
- numero di riospedalizzazioni entro 30 giorni per DRG del 1° soggiorno.

Entrata in vigore

Art. 8 Il presente tariffario entra in vigore il 1° gennaio 2005 ed annulla e sostituisce il precedente sottoscritto il 18 agosto 2003.

Bellinzona, 3 dicembre 2004

per l'Ente Ospedaliero Cantonale

Il Direttore:

dr. oec. Carlo Maggini

Il Vice Direttore:

lic. oec. Danilo Beffa

per santésuisse

la responsabile santésuisse regione Est II:

mag. oec. HSG Verena Nold

il segretario generale per il Ticino:

Giampaolo de Neri

Allegato 3 alla convenzione tra

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona

e

santésuisse

del 22 ottobre 2004

Commissione Paritetica

- Commissione paritetica** **Art. 1** Tutte le contestazioni che non possono essere risolte in via bonale dalle parti interessate, devono essere sottoposte alla Commissione paritetica - istituita tra santésuisse Ticino e l'EOC/ACPT - per un esperimento di conciliazione, prima di essere trasmesse al Tribunale arbitrale.
- Composizione** **Art. 2** La Commissione paritetica è composta di due rappresentanti dell'EOC, di un rappresentante dell'ACPT, di tre rappresentanti di santésuisse Ticino e del Direttore dell'Istituto delle assicurazioni sociali che funge da presidente, senza diritto di voto.
- Procedimento** **Art. 3** Se il procedimento davanti alla Commissione paritetica non dà esito positivo, le parti hanno il diritto di adire il Tribunale arbitrale, in conformità dell'art. 89 LAMal e 77 LCAMal.
- Competenze** **Art. 4** La Commissione paritetica, oltre ad esercitare la funzione conciliativa nei casi di contestazione, deve vigilare sulla corretta applicazione della presente convenzione.
- Funzionamento** **Art. 5** La commissione paritetica stabilisce autonomamente le modalità di funzionamento.
- Discrezione** **Art. 6** Tutti i membri sono tenuti all'osservanza del segreto medico e d'ufficio.
Bellinzona, 3 dicembre 2004
- | | |
|----------------------------------|---|
| per l'Ente Ospedaliero Cantonale | per santésuisse |
| Il Direttore: | la responsabile santésuisse regione Est II: |
| dr. oec. Carlo Maggini | mag. oec. HSG Verena Nold |
| Il Vice Direttore: | il segretario generale per il Ticino: |
| lic. oec. Danilo Beffa | Giampaolo de Neri |

Allegato A dell'allegato 2 alla convenzione tra
L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona
e
santésuisse
del 22 ottobre 2004



Ente Ospedaliero Cantonale

**Direttive amministrative
fatturazione per APDRG**

INDICE

- 1 OSPEDALIZZAZIONI IN REPARTI DI CURE ACUTE
 - 1.1 Regole di fatturazione per APDRG
 - 1.2 Definizione degenza / ospedalizzazione
 - 1.3 Casi fatturati per APDRG (dal 2005)
 - 1.4 Inliers e Outliers
 - 1.5 Ospedale multisito
 - 1.6 Trasferimento
 - 1.6.1 Trasferimento nelle prime 24 ore dall'ammissione
 - 1.6.2 Trasferimento dopo 24 ore dall'ammissione
 - 1.6.3 Trasferimento in un reparto di riabilitazione
 - 1.7 In attesa di trasferimento in una casa di cura (FAI e ACQ)
 - 1.8 Decesso il primo giorno all'ospedale
 - 1.9 Ri-ospedalizzazioni
 - 1.9.1 Nello stesso ospedale
 - 1.9.2 In un altro ospedale
 - 1.10 Neonatologia
 - 1.10.1 Premessa
 - 1.10.2 Neonato sano
 - 1.10.3 Neonato malato
 - 1.10.4 Decesso prime 48 ore e trasferimento nei primi 5 giorni del neonato
 - 1.10.5 Neonato riospedalizzato nei 29 giorni dalla nascita
 - 1.11 Congedi
 - 1.12 APDRG non definiti
 - 1.13 Trapianto di organi
 - 1.14 Dialisi
 - 1.15 Soggiorno su due esercizi contabili
 - 1.15.1 Pazienti degenti al 31 dicembre 2004
 - 1.15.2 Pazienti degenti al 31 dicembre 2005
 - 1.16 Cambiamento della causa di ospedalizzazione durante il soggiorno
 - 1.17 Cambiamento di assicuratore durante l'ospedalizzazione
- 2 REGOLE PER CATEGORIA DI PAZIENTI
 - 2.1 Pazienti provenienti da Mesolcina e Calanca (*ospedalizzati presso ORBV*)
 - 2.2 Pazienti camera privata e semiprivata
 - 2.2.1 Cambiamento di classe di degenza
 - 2.2.2 Pazienti degenti al 31 dicembre 2004
 - 2.3 Fuori cantone
 - 2.4 Pazienti stranieri con modulo/tessera europea E111 o E112
 - 2.5 Pazienti stranieri

Sigle Ospedali EOC

- ORL Ospedale regionale di Lugano
- ORBV Ospedale regionale di Bellinzona e Valli
- OSG Ospedale regionale di Bellinzona
- OBV Ospedale regionale di Mendrisio
- ODL Ospedale regionale di Locarno
- FAI Ospedale di zona di Leventina
- ACQ Ospedale di zona di Blenio
- CRN Clinica di riabilitazione di Novaggio

L'obiettivo di questo documento è di fornire ai partner le regole di fatturazione per APDRG in vigore dal 1° gennaio 2005 per le degenze acute presso gli ospedali dell'EOC.

1. OSPEDALIZZAZIONI IN REPARTI DI CURE ACUTE

1.1 Regole di fatturazione per APDRG

Queste direttive si basano principalmente sul rapporto Tar-APDRG 2004 (luglio 2003) - emesso dalla società APDRG Svizzera.

La lista di riferimento degli APDRG fatturabili con i relativi numeri di punti (cost-weight) è quella pubblicata dalla società APDRG Svizzera: la versione applicata dipende dal contratto con l'Assicuratore.

Un soggiorno per cure acute in un singolo ospedale dell'EOC (eccezione per gli ospedali multisito) da atto ad una sola fatturazione, di un unico APDRG, all'uscita del paziente. Non c'è una fatturazione intermedia.

1.2 Definizione degenza / ospedalizzazione

Un'ospedalizzazione o una degenza, in ambito LAMal (v. anche l'Ordinanza OCPRe del 3 luglio 2002), è un soggiorno presso un istituto dell'EOC che inizia al momento dell'ammissione e termina secondo le modalità seguenti

- a) uscita dopo oltre 24 ore
- b) uscita dopo meno di 24 ore, nel corso delle quali un letto è stato occupato durante la notte
- c) trasferimento in un altro ospedale
- d) trasferimento in un reparto di riabilitazione
- e) decesso

In ambito LAINF/AI/AM, sono considerati ospedalizzati tutti i pazienti che necessitano un soggiorno ospedaliero di più di 24 ore. Sono pure ritenuti casi ospedalizzati i pazienti che muoiono o che sono trasferiti in un altro ospedale nelle prime 24 ore.

1.3 Casi fatturati per APDRG (dal 2005)

La fatturazione per APDRG è applicata a tutti i pazienti degenti presso un reparto di cure acute di un Ospedale dell'EOC, sono pertanto esclusi i casi di riabilitazione (Faido e Novaggio).

1.4 Inliers e Outliers

| | | |
|---------|------|---|
| Nozioni | CW | Cost-weight (punti), peso relativo dell'APDRG |
| | LOS | Length of stay, durata della degenza |
| | ALOS | Average length of stay, degenza media dell'APDRG in questione |
| | LTP | Low trim point, limite inferiore di degenza espresso in giorni |
| | HTP1 | High trim point 1, primo limite superiore di degenza espresso in giorni |
| | HTP2 | High trim point 2, secondo limite superiore di degenza espresso in giorni |
| | SPG | Swiss Payment Groups |

Quando la durata del soggiorno è compresa tra il limite superiore (HTP1) e quello inferiore (LTP) di degenza - limiti compresi - del relativo APDRG, il paziente è considerato come un **inlier**. In questo caso la fattura corrisponderà ai punti (cost-weight) dell'APDRG moltiplicato per il valore del punto stabilito nella convenzione con l'Assicuratore.

Nel caso contrario, quando la durata del soggiorno è superiore o inferiore ai limiti, il paziente è considerato come un **outlier**. L'outlier è superiore, se la degenza è superiore al limite (HTP1), e inferiore, quando la degenza è inferiore al limite (LTP). In questi casi il cost-weight dell'APDRG è aumentato, rispettivamente diminuito, in funzione di una formula predefinita. Il calcolo del CW outlier superiore è differente a dipendenza se la degenza è superiore al primo limite (HTP1) o al secondo limite (HTP2).

a) outlier inferiore:

$$CW = (CW/ALOS) * LOS * 2$$

b) outlier superiore 1

$$CW = CW + (CW/ALOS) * (LOS - HTP1) * (2.43 - ((LOS - HTP1) / HTP1))$$

c) outlier superiore 2

$$CW = CW + [(CW/ALOS) * (HTP2 - HTP1) * (2.43 - ((HTP2 - HTP1) / HTP1))] + [(CW/ALOS) * (LOS - HTP2) * 0.7]$$

Esempio¹

| | |
|-----------------------------|--|
| ✓ Diagnosi principale | Sclerosi a placche |
| ✓ APDRG | no. 13 «Sclerosi multipla e atassia cerebellare» |
| Cost-weight (CW) | 0.821 |
| Degenza media (ALOS) | 7.4 giorni |
| Limite inferiore (LTP) | 3 giorni |
| Limite superiore (HTP1) | 17 giorni |
| Limite superiore (HTP2) | 30 giorni |
| ✓ Valore punto ² | 3'082.- fr. |

Caso a) **Inlier** - periodo di degenza compreso nei limiti fissati

| | |
|----------------------|-----------------------------------|
| ✓ Periodo di degenza | dal 1° gennaio all'8 gennaio 2005 |
| ✓ Durata degenza | 8 giorni |

⇒ **Importo fatturato:** **0.821 x fr. 3'082.- = fr. 2'530.30**

Caso b) **Outlier** - periodo di degenza superiore ai limiti HTP1

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| ✓ Periodo di degenza | dal 1° gennaio al 20 gennaio 2005 |
| ✓ Durata degenza | 20 giorni |
| ✓ CW outlier ³ | 0.821 + 0.7501 = 1.5711 |

⇒ **Importo fatturato:** **1.5711 x fr. 3'082.- = fr. 4'842.15**

Caso c) **Outlier** - periodo di degenza superiore ai limiti HTP2

| | |
|---------------------------|------------------------------------|
| ✓ Periodo di degenza | dal 1° gennaio al 1° febbraio 2005 |
| ✓ Durata degenza | 32 giorni |
| ✓ CW outlier ⁴ | 0.821 + 2.5572 = 3.3782 |

⇒ **Importo fatturato:** **3.3782 x fr. 3'082.- = fr. 10'411.60**

1.5 Ospedale multisito

L'ospedale multisito è considerato come un **unico ospedale**: un solo APDRG è fatturato per l'intero soggiorno e comprende l'insieme delle prestazioni fornite dagli ospedali che fanno parte di un ospedale multisito. Dal punto di vista della fatturazione, il trasferimento da un ospedale all'altro (all'interno dell'ospedale multisito) è considerato come un cambiamento di reparto, eccezione fatta per la riabilitazione.

¹ Gli esempi sono stati elaborati utilizzando la versione 4.1 dei cost-weight. Maggiori informazioni sono ottenibili sul sito www.isesuisse.ch.

² Valore del punto utilizzato per gli esempi: fr. 3'082.- (v. accordo con santésuisse).

³ V. formula b) outlier superiore 1.

⁴ V. formula c) outlier superiore 2.

Sono considerati ospedali multisito:

- ORBV - Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, che comprende Bellinzona, Faido e Acquarossa
- ORL - Ospedale Regionale di Lugano, che comprende l'Ospedale Civico e l'Ospedale Italiano

1.6 Trasferimento

Questo capitolo è dedicato al trasferimento di un paziente da un ospedale ad un altro. Queste regole non sono valide per un trasferimento all'interno di un ospedale multisito, in quanto quest'ultimo è considerato come un unico ospedale.

1.6.1 Trasferimento nelle prime 24 ore dall'ammissione

Il trasferimento del paziente da un reparto di un ospedale ad un altro ospedale (cantonale, fuori cantone o clinica privata) nelle prime 24 ore dall'ammissione fa oggetto di un APDRG particolare: **APDRG 901 (Trasferimento in un altro ospedale durante il primo giorno)**.

Questo APDRG non si applica ai casi di neonatologia (v. capitolo 0).

Nel caso in cui, su segnalazione da parte dell'assicurazione del paziente, la durata del soggiorno nell'ospedale di arrivo è inferiore a 24 ore e il paziente non ha passato la notte in ospedale occupando un letto (vedi Ordinanza OCPre), la fattura APDRG 901 è annullata e le prestazioni rifatturate secondo le convenzioni ambulatoriali in vigore.

Esempio

| | |
|----------------------------------|--|
| ✓ Ammissione | 21 gennaio 2005 ore 10h00 |
| ✓ Trasferimento CCT ⁵ | 21 gennaio 2005 ore 18h00 |
| ✓ APDRG | no. 901 «Trasferimento in un altro ospedale durante il primo giorno» |
| Cost-weight 4.1 | 0.187 |
| ✓ Valore punto | 3'082.- fr. |
| ⇒ Importo fatturato: | 0.187 x fr. 3'082.- = fr. 576.30 |

1.6.2 Trasferimento dopo 24 ore dall'ammissione

Il trasferimento del paziente da un reparto di un ospedale ad un altro ospedale (cantonale, fuori cantone o clinica privata) dopo 24 ore dall'ammissione è da considerare alla pari di un'uscita. Ogni ospedale fattura pertanto separatamente il periodo di degenza. Nel caso in cui l'ospedale di partenza e l'ospedale di arrivo appartengono all'EOC, saranno emesse due fatture APDRG⁶, in base alle cure offerte.

1.6.3 Trasferimento in un reparto di riabilitazione

Come già sottolineato inizialmente la riabilitazione (v. capitolo 0) è esclusa dalla fatturazione per APDRG.

In caso di trasferimento in un reparto di riabilitazione, il dossier per le cure somatiche acute deve essere chiuso e parallelamente deve esserne aperto uno nuovo per la riabilitazione. Questo unicamente se la riabilitazione è svolta in un reparto di riabilitazione.

Nota per ORBV: il giorno di trasferimento è da imputare al reparto di partenza.

Esempio

| | |
|----------------------|--|
| ✓ APDRG | no. 209 «Interv. sulle articolazioni magg. e reimpianti di arti, escl. per CC» |
| Cost-weight (CW 4.1) | 1.770 |

⁵ Cardio Centro Ticino, Lugano.

⁶ Ad eccezione se il trasferimento avviene per la riabilitazione (v. capitolo 0).

| | |
|-----------------------------|--|
| ✓ Ammissione OSG | 10 gennaio 2005 (posa protesi femorale) |
| ✓ Trasferimento FAI | 21 gennaio 2005 (riabilitazione) |
| ✓ Dimissione FAI | 4 febbraio 2005 |
| ✓ Durata degenza OSG | 12 giorni |
| Durata degenza FAI | 14 giorni |
| ✓ Valore punto | 3'082.- fr. |
| ✓ Tariffa giornaliera FAI | 199. ⁻⁷ |
| ⇒ Importo fatturato: | 1.770 x fr. 3'082.- = fr. 5'455.15 (degenza presso OSG) 14 gg x fr. 199.- = fr. 2'786.00 (periodo di riabilitazione FAI) |

1.7 In attesa di trasferimento in una casa di cura (FAI e ACQ)⁸

Le giornate di cura per i pazienti in attesa del trasferimento non sono comprese nell'APDRG. Il dossier del paziente è chiuso quando le cure sono terminate (con fatturazione per APDRG) e un nuovo caso è aperto per il periodo di attesa. I casi in attesa di trasferimento in un istituto di cura sono fatturati per giornata di cura. All'Assicuratore verrà fatturata la tariffa giornaliera relativa agli istituti medicalizzati per persone anziane, mentre la differenza rispetto alla tariffa giornaliera sarà trasmessa la paziente.

1.8 Decesso il primo giorno all'ospedale

Il decesso nelle prime 24 ore dall'ammissione è un caso di ospedalizzazione, con un APDRG particolare: **APDRG 900 (Decesso al primo giorno)**. Questo APDRG non si applica ai casi di neonatologia.

Esempio

| | |
|-----------------------------|---|
| ✓ APDRG | no. 900 «Decesso al primo giorno» |
| Cost-weight (CW 4.1) | 0,344 |
| ✓ Valore punto | 3'082.- fr. |
| ⇒ Importo fatturato: | 0.344 x fr. 3'082.- = fr. 1'060.20 |

1.9 Ri-ospedalizzazioni

1.9.1 Nello stesso ospedale

Tutte le ri-ospedalizzazioni nello stesso ospedale, che avvengono dopo le 24 ore dall'uscita, sono considerate dei nuovi casi. La ri-ospedalizzazione è soggetta ad un nuovo APDRG e di conseguenza ad una nuova fattura.

Se il paziente rientra nelle prime 24 ore dall'uscita il dossier è riaperto (nota: non viene fatta una nuova ammissione e di conseguenza verrà emessa una sola fattura).

1.9.2 In un altro ospedale

Tutte le ri-ospedalizzazioni in un altro ospedale sono considerate dei nuovi casi, ad eccezione se le due ospedalizzazioni sono avvenute in ospedali diversi ma facenti parti di un ospedale multisito (v. capitolo 0).

1.10 Neonatologia

1.10.1 Premessa

Con il sistema di fatturazione forfait per giornata di cura, le prestazioni del neonato sano sono comprese nella tariffa giornaliera della madre. Con il nuovo sistema di fatturazione per APDRG, il neonato è considerato come un paziente e di conseguenza la sua degenza è fatturata. Se il neonato è sano, la fattura va all'assicurazione della madre⁹, se il neonato è malato, la fattura va all'assicurazione del neonato.

⁷ Tariffa giornaliera FAI 2005.

⁸ Riferimento articolo 49 cpv 3 LAMal.

⁹ V. LAMal art. 29 cpv. 1 e 2d.

1.10.2 Neonato sano

Un neonato è considerato sano se

- APDRG 620: «Neonato, peso 2-2.499 Kg, senza interv. significativi, con status normale»
- APDRG 629: «Neonato, peso > 2.499 Kg, senza interv. significativi, diagnosi normale»

In questo caso la fattura è indirizzata all'assicurazione della madre.

Esempio

- ✓ Degenza madre dal 10 gennaio al 13 gennaio 2005, parto senza complicazioni, neonato sano
- ✓ Durata degenza 4 giorni
- ✓ APDRG madre no. 373 “Parto non complicato per via vaginale”
- Cost-weight (CW 4.1) 0.510
- ✓ APDRG neonato no. 629 «Neonato, peso > 2.499 Kg, senza interv. signif., diagnosi normale»
- Cost-weight 0.276
- ✓ Valore punto 3'082.- fr.

⇒ **Importo fatturato all'assicurazione della madre**

0.510 x fr. 3'082.- = fr. 1'571.80 fattura per la madre

0.276 x fr. 3'082.- = fr. 850.65 fattura per il neonato sano

Osservazione

Se la madre ha soggiornato in camera privata o semi-privata, il neonato sano è fatturato in camera comune.

1.10.3 Neonato malato

Se l'APDRG del soggiorno del neonato rientra nel gruppo MDC¹⁰ 15 Neonati (APDRG 620 e 629 esclusi), il neonato è considerato malato e di conseguenza la fattura è indirizzata all'assicurazione del neonato.

Se un neonato sano alla nascita si ammala durante il soggiorno è considerato come malato per l'intero soggiorno. L'APDRG sarà dunque fatturato all'assicurazione del neonato e non a quella della madre.

1.10.4 Decesso prime 48 ore e trasferimento nei primi 5 giorni del neonato

Gli APDRG 900 (decesso il primo giorno) e 901 (trasferimento in un altro ospedale durante il primo giorno) non sono applicabili per il decesso, rispettivamente il trasferimento dei neonati.

L'APDRG fatturabile è quella determinata dal Grouper¹¹, in particolare

- APDRG 637: «Neonato, nato in ospedale, deceduto entro le prime 48 ore dalla nascita»
- APDRG 638: «Neonato, nato altrove, deceduto entro le prime 48 ore dalla nascita»
- APDRG 639: «Neonato, nato sul posto, trasferito in un altro istituto nei primi 5 giorni dalla nascita»
- APDRG 640: «Neonato, nato altrove, trasferito in un altro istituto nei primi 5 giorni dalla nascita»

La fattura in caso di decesso o trasferimento del neonato è indirizzata all'assicurazione del neonato.

¹⁰ Major Diagnostic Categories, raggruppamento dei soggiorni ospedalieri sulla base della diagnosi principale. Queste categorie corrispondono ad un organo o un sistema.

¹¹ Sistema informatico sviluppato dalla 3M per il calcolo dell'APDRG.

€ 1.10.5 Neonato riospedalizzato nei 29 giorni dalla nascita

I neonati riospedalizzati nei 29 giorni dalla nascita vengono fatturati con gli APDRG dell'MDC 15 Neonati. L'APDRG fatturato può essere il 620 e 629. In questo caso la fattura è da trasmettere all'assicurazione del neonato.

1.11 Congedi

È considerato congedo l'assenza del paziente dall'istituto per almeno un giorno civile completo (tra 0h00 e 24h00). I giorni di congedo non sono presi in considerazione nel calcolo dell'APDRG e sono dedotti dalla durata totale d'ospedalizzazione.

Esempio

| | |
|-----------------------------|--|
| ✓ Diagnosi principale | Sclerosi a placche |
| APDRG | no. 13 «Sclerosi multipla e atassia cerebellare» |
| Cost-weight | 0,821 |
| Degenza media | 7,4 giorni |
| Limite inferiore | 3 giorni |
| Limite superiore | 17 giorni |
| ✓ Valore punto | 3'082.- fr. |
| ✓ Periodo di degenza | dal 1° febbraio 2005 al 18 febbraio 2005 (18 giorni) |
| ✓ Giorni di congedo | 2 giorni |
| ✓ Durata degenza | 18-2=16 giorni (inlier) |
| ⇒ Importo fatturato: | 0.821 x fr. 3'082.- = fr. 2'530.30 |

1.12 APDRG non definiti

Gli APDRG del gruppo MDC 28 Inclassificabili - 468, 469, 470, 476 e 477 - non sono fatturabili. La codifica deve essere pertanto rivista ed eventualmente il soggiorno deve essere codificato manualmente.

La forzatura manuale dell'APDRG è automaticamente segnalata sulla fattura. Il codificatore deve in ogni caso saper motivare la sua scelta.

Gli APDRG non definiti:

- APDRG 468: «Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale»
- APDRG 469: «Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione»
- APDRG 470: «Degenza non raggruppabile o senza codice diagnostico»
- APDRG 476: «Intervento chirurgico prostata non correlato con diagnosi principale»
- APDRG 477: «Intervento chirurgico non esteso non correlato con diagnosi principale»

1.13 Trapianto di organi

I trapianti di organi di competenza dell'SVK sono fatturati secondo le convenzioni in vigore.

Esempio

- ✓ APDRGno. 906 «Trapianto autologo di midollo osseo (fase B: trapianto)»
- ✓ Periodo di degenza dal 21 novembre 2005 al 12 dicembre 2005 (25 giorni)
- ⇒ **Importo fatturato SVK¹² fr. 21'350.-**

1.14 Dialisi

Le tariffe cassa malati non comprendono le prestazioni di dialisi. Quest'ultime continueranno ad essere fatturate separatamente all'SVK o all'assicuratore interessato che non ha sottoscritto la convenzione SVK.

¹² Importo fatturato all'Assicuratore, se quest'ultimo non ha sottoscritto la convenzione SVK.

Esempio

| | |
|----------------------|---|
| ✓ APDRG | no. 239 «Fratture patol., affez. maligne sist. muscolo-schel. e connett.» |
| Cost-weight | 1.201 |
| ✓ Periodo di degenza | dal 21 marzo 2005 al 26 marzo 2005 (6 giorni) |
| ✓ Valore punto | 3'082.- fr. |
| ✓ Altre prestazioni | Emodialisi Full care e medicazione catetere |

| | | |
|--|------------------------------|---------------------|
| ⇒ Importo fatturato Assicurazione | 1.201 x fr. 3'082.- = | fr. 3'701.50 |
| Importo fattura SVK¹³ | Emodialisi Full care | fr. 248.50 |
| | Medicazione catetere | fr. 15.00 |
| | Totale | fr. 263.50 |

1.15 Soggiorno su due esercizi contabili**1.15.1 Pazienti degenti al 31 dicembre 2004**

I pazienti a cavallo dell'anno (entrati nel 2004 e usciti nel 2005) saranno fatturati per giornata di cura (v. tariffe per giornata di cura concordate con santésuisse, 18 agosto 2003), ad eccezione dei casi LAInf/Al/AM, i quali saranno fatturati per APDRG alla tariffa in vigore al momento dell'uscita.

1.15.2 Pazienti degenti al 31 dicembre 2005

Con la fatturazione per APDRG, i casi sono fatturati solo dopo l'uscita del paziente, alla tariffa in vigore al momento della dimissione dall'ospedale (vedi rapporto Tar-APDRG 2004, capitolo 2.3.3).

Esempio

Il soggiorno di un paziente ammesso il 20.12.05 e dimesso il 10.01.06 sarà fatturato nel 2006 alla tariffa APDRG concordata per il 2006 (nessuna fattura nel 2005).

1.16 Cambiamento della causa di ospedalizzazione durante il soggiorno

La modifica della causa di ospedalizzazione non dà atto ad una doppia fatturazione. L'ospedale fattura unicamente l'APDRG con il peso (cost-weight) più alto.

I casi misti (casi dove sono presenti sia delle caratteristiche d'infortunio sia quelle di malattia) sono fatturati di regola all'assicuratore che ha rilasciato la garanzia.

1.17 Cambiamento di assicuratore durante l'ospedalizzazione

Il soggiorno viene fatturato per APDRG, suddiviso pro-rata giorni tra i due assicuratori.

Esempio

| | |
|----------------------|--|
| ✓ APDRG | no. 13 «Sclerosi multipla e atassia cerebellare» |
| ✓ Periodo di degenza | dal 29 dicembre 2005 al 4 gennaio 2006 |
| ✓ Durata degenza | 8 giorni |
| ✓ Valore punto | 3'082.- fr. |
| ✓ Fino al 31.12.05 | Assicuratore A |
| Dal 01.01.06 | Assicuratore B |

Importo soggiorno: 0.821 x fr. 3'082.- = fr. 2'530.30

⇒ **Assicuratore A (3 g.)** fr. 948.85

⇒ **Assicuratore B (5 g.)** fr. 1'581.45

¹³ Importo fatturato all'Assicuratore, se quest'ultimo non ha sottoscritto la convenzione SVK.

2 REGOLE PER CATEGORIA DI PAZIENTI

2.1 Pazienti provenienti da Mesolcina e Calanca (*ospedalizzati presso ORBV*)

I pazienti provenienti dalla Mesolcina e dalla Calanca e ricoverati presso l'ORBV sono considerati come pazienti ticinesi, fintanto che il Canton Grigioni sottoscriverà con l'EOC la convenzione che regola i ricoveri dei pazienti provenienti da queste due regioni.

2.2 Pazienti camera privata e semiprivata

Per i pazienti che soggiornano in camera privata o semiprivata viene fatturato un supplemento per la camera privata/semiprivata e l'onorario medico, calcolato sulla base degli accordi con i singoli assicuratori

Se il paziente dispone di una copertura complementare, l'onorario sarà emesso per APDRG e trasmesso all'Assicuratore (terzo pagante). Nel caso contrario, l'onorario sarà emesso sulla base del prontuario OMCT e fatturato direttamente al paziente.

Esempio paziente ticinese

| | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|--|
| ✓ APDRG | no. 209 «Interv. sulle articolazioni magg. e reimpianti di arti, escl. per CC» | | |
| Cost-weight (CW 4.1) | 1.770 | | |
| ✓ Durata degenza | 20 giorni, camera privata | | |
| ✓ Valore punto comune | 3'082.- fr. | | |
| Suppl. divisione priv. | 1'877.- fr. | | |
| Onorario medico | 2'120.- fr. | | |
| ⇒ Importo fatturato: | 1.770 x fr. 3'082.- = fr. 5'455.15 | (camera comune) | |
| | 1.770 x fr. 3'082.- = fr. 5'455.15 | (quota Cantone) | |
| | 1.770 x fr. 1'877.- = fr. 3'322.30 | (suppl. divisione privata) | |
| | 1.770 x fr. 2'120.- = fr. 3'752.40 | (onorario medico) | |
| ⇒ Importo complessivo | <u>fr. 17'985.00</u> | | |

2.2.1 Cambiamento di classe di degenza

Se un paziente cambia classe di degenza, il supplemento per camera privata o semiprivata e l'onorario medico sono calcolati pro-rata giorni.

Esempio paziente ticinese

| | | | |
|------------------------------|---|------------------------------|--|
| ✓ APDRG | no. 209 «Interv. sulle articolazioni magg. e reimpianti di arti, escl. per CC» | | |
| Cost-weight (CW 4.1) | 1.770 | | |
| ✓ Durata degenza | 10 giorni, camera privata 10 giorni, camera semiprivata ⇒ degenza totale: 20 giorni | | |
| Valore punto comune | 3'082.- fr. | | |
| Suppl. divisione priv. | 1'877.- fr. | | |
| Suppl. divisione semipriv. | 1'310.- fr. | | |
| On. medico priv. | 2'120.- fr. | | |
| On. medico semipriv. | 1'580.- fr. | | |
| ⇒ Importo fatturato: | | | |
| – camera comune | 1.770 x 3'082.- = 5'455.15 | | |
| – quota Cantone | 1.770 x 3'082.- = 5'455.15 | | |
| – suppl. privata | 1.770 x 1'877.- = 3'322.30 | ⇒ pro-rata (10 g.): 1'661.15 | |
| – onorario priv. | 1.770 x 2'120.- = 3'752.40 | ⇒ pro-rata (10 g.): 1'876.20 | |
| – suppl. semipriv. | 1.770 x 1'310.- = 2'318.70 | ⇒ pro-rata (10 g.): 1'159.35 | |
| – onorario semipriv. | 1.770 x 1'580.- = 2'796.60 | ⇒ pro-rata (10 g.): 1'398.30 | |
| ⇒ Importo complessivo | <u>fr. 17'005.30</u> | | |

2.2.2 Pazienti degenti al 31 dicembre 2004

Le prestazioni a carico dell'assicurazione complementare dei pazienti degenti al 31.12.04 sono fatturate secondo le regole in vigore nel 2004.

2.3 Fuori cantone

I pazienti «fuori cantone» sono anch'essi fatturati per APDRG, secondo risoluzione del Consiglio di Amministrazione, trasmessa a santésuisse.

2.4 Pazienti stranieri con modulo/tessera europea E111 o E112

Le tariffe applicate ai pazienti che presentano i moduli o la tessera europea E111 o E112 sono le stesse che per i pazienti fuori cantone e la fattura è indirizzata all'Istituzione comune LAMal a Soletta.

2.5 Pazienti stranieri

Fatturati per giornata di cura secondo risoluzione del Consiglio di Amministrazione.

Data di aggiornamento: 13 agosto 2004.

Bellinzona, 3 dicembre 2004

per l'Ente Ospedaliero Cantonale

Il Direttore:
dr. oec. Carlo Maggini

Il Vice Direttore:
lic. oec. Danilo Beffa

per santésuisse

la responsable santésuisse regione Est II:
mag. oec. HSG Verena Nold

il segretario generale per il Ticino:
Giampaolo de Neri

Allegato B dell'allegato 2 alla convenzione tra

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona

e

santésuisse

del 22 ottobre 2004

Contrôle de la qualité du codage et du groupage

Un expert du codage indépendant et nommé d'un commun accord par santésuisse Ticino et l'EOC vérifie chaque année à l'hôpital et ce, jusqu'à fin février la qualité du codage et du groupage selon le règlement y relatif (annexe 4).

Règlement de codage

Règlement „Révision du codage pour les cas de soins somatiques aigus dans les hôpitaux appliquant le système d'indemnisation des forfaits par cas selon le modèle DRG “

1. But

Le présent règlement définit les principes minimaux relatifs à l'application d'un modèle de financement selon le système de classification des cas par pathologie (DRG = Diagnosis Related Groups)

- pour définir le mandat d'un réviseur
- pour l'exécution de la révision des données
- pour l'établissement du rapport de révision.

2. Code de conduite

Les parties au contrat s'engagent à adopter un comportement loyal et digne de confiance dans leurs relations mutuelles et à agir, dans l'exercice de leurs droits et l'exécution de leurs obligations, selon les règles de la bonne foi, conformément à l'art. 2 CCS.

3. Exigences requises du réviseur

Le réviseur dispose d'une expérience suffisante en matière de codification et son indépendance ainsi que son impartialité sont garanties. A préciser notamment que le réviseur n'assume en principe aucun autre mandat pour les parties au contrat.

4. Attribution du mandat de réviseur

L'institution, resp. la personne chargée de la révision des données, est nommée d'un commun accord entre les parties au contrat et leur reste liée par contrat de mandat.

5. Prise en charge du coût de la révision

Les coûts relatifs à la révision des données et à l'établissement du rapport de révision sont à la charge de l'hôpital. Ils font partie intégrante des coûts imputables.

6. Respect du secret professionnel de la part du réviseur

Les constatations faites par le réviseur de même que les informations recueillies lors de son contrôle ont un caractère confidentiel qui oblige celui-ci à garder durablement le secret vis-à-vis des tiers.

7. Détermination de la taille de l'échantillon

¹La taille de l'échantillon est calculée selon la formule suivante:¹⁴

$$n = \frac{t^2 PQ/d^2}{1 + (t^2 PQ/d^2 - 1)N}$$

où:

n = taille de l'échantillon

N = nombre des cas facturés selon la tarification forfaitaire par groupe de cas DRG durant la période sous revue

P = taux d'erreur prévu

Q = 1-P

t = 1,96

d = 0,1¹⁵

²Lors d'une première révision du codage dans un hôpital, on admettra un taux d'erreur de l'ordre de 40%. Les valeurs de P pour le deuxième contrôle du codage ainsi que pour tous les contrôles suivants résultent du niveau du taux d'erreur effectif lors de la dernière révision du codage dans l'hôpital ou le groupe d'hôpitaux concerné.

³Le taux d'erreur est défini comme le pourcentage des codes de diagnostics principaux classés selon la terminologie de l'art. 10. 3 de "faux" ou "absolument faux".

⁴La taille minimale de l'échantillon est de 50 cas par hôpital et la taille maximale de 300 cas par hôpital.

⁵La taille des échantillons définie ci-dessus peut être augmentée d'un commun accord.

8. Prélèvement de l'échantillon

¹L'échantillon est prélevé de manière aléatoire.

¹⁴ Cf. à cet effet Cochran, W.G., Sampling Techniques, Chapman and Hall, New York 1977, p. 50-55

¹⁵ La probabilité que l'erreur d'estimation de P soit supérieure à 0,1 est environ 5%.

²Le prélèvement de l'échantillon est effectué en collaboration avec l'hôpital au minimum 10 jours avant la révision. On s'assure ainsi de pouvoir disposer à temps des documents nécessaires.

³Le prélèvement a lieu sur la base des sorties d'hospitalisation somatiques aiguës, telles que définies dans TAR-APDRG durant la période sous revue.

⁴Au cas où la proportion de dossiers manquants atteint 10% et que de ce fait plus de 10% des cas ne pourraient pas être vérifiés, on prélèvera de manière aléatoire d'autres dossiers afin de remplacer ceux des patients manquants.

9. Procédure de révision

¹La révision des données suit strictement les règles et directives de l'OFS en matière de codage. Elle se base sur les classifications et les versions de celles-ci en vigueur en Suisse pour la période sous revue.

²La révision des données relatives au diagnostic principal se déroule sous la forme d'un codage de la part du réviseur qui ne connaît pas le code initialement fixé par le codeur de l'hôpital.

³Les autres codes sont examinés lors de la révision des données (reprise du codage existant); cela signifie que le réviseur connaît les codes fixés initialement par l'hôpital lorsqu'il procède à son propre codage.

⁴Pour les diagnostics et traitements supplémentaires, on ne vérifiera que les 5 premiers codes transmis par l'hôpital dans l'ordre proposé.

⁵Si le réviseur constate des divergences, il les consignera par écrit et il en discutera avec le codificateur après l'établissement du rapport provisoire.

⁶Durant les 4 premières années, le contrôle des données intervient chaque année. Selon entente, la révision peut être effectuée par étapes.

⁷Les dates des révisions sont fixées d'un commun accord.

⁸L'hôpital met à la disposition du réviseur des locaux appropriés pour la révision des données.

⁹Le réviseur est en mesure de prendre les dispositions nécessaires à l'accomplissement de son mandat. Ses éventuelles décisions doivent toutefois se rapporter à la révision des données et satisfaire au principe de la proportionnalité.

10. Contenu de la révision

¹Chaque cas est contrôlé sur la base du dossier du patient complet à l'aide d'une feuille d'évaluation. La forme de la feuille d'évaluation est fixée dans le contrat de mandat.

²Pour chaque dossier de patient à contrôler, les données suivantes seront tenues à la disposition des parties au contrat:

- nom de l'hôpital,
- numéro d'identification du patient,
- genre d'assurance (assurance obligatoire des soins en cas de maladie, LAA, LAM, LAI, patients privés assumant ses propres frais et autres),
- assurance complémentaire (LCA), (oui/non),
- date de naissance,
- poids à la naissance (si âge <29 jours),
- sexe,
- date d'entrée,
- date de sortie,
- durée du séjour (sans les jours de congé),
- genre de sortie,
- codes de diagnostic avant révision,
- codes de traitement avant révision,
- codes de diagnostic après révision,

- codes de traitement après révision,
- numéro DRG avant révision,
- numéro DRG après révision,
- type de séjour avant révision (Outlier court, Inlier, Outlier long, Outlier très long),
- type de séjour après révision (Outlier court, Inlier, Outlier long, Outlier très long),
- différence dans le cost-weight avant et après révision,
- classification manuelle

³Le codage est jugé «juste» lorsque les deux codes sont identiques. Il est considéré comme «imprécis» lorsque les chiffres après le point sont différents. Comme «faux» lorsque les chiffres avant le point sont différents et comme «absolument faux» lorsque les lettres (pour le code ICD-10) ou les chiffres (pour le CHOP) à la première place du code sont différents. En outre, le codage peut aussi être considéré comme «oublié» ou «superflu». La typologie des erreurs proposée est récapitulée dans le tableau ci-dessous:

| Codage | Code de diagnostic (ICD-10) | Code de traitement (CHOP) |
|-----------------|--|--|
| Juste | ⊕⊕⊕⊕⊕⊕ | ⊕⊕⊕⊕⊕ |
| Imprécis | ⊕⊕⊕⊕⊕⊗ ou ⊕⊕⊕⊕⊗⊕ | ⊕⊕⊕⊗⊗ ou ⊕⊕⊕⊗⊕ |
| Faux | ⊕⊕⊗⊗⊕⊕ ou ⊕⊗⊗⊕⊕⊕ | ⊕⊗⊗⊕⊕ |
| Absolument faux | ⊗⊕⊕⊕⊕⊕ | ⊗⊕⊕⊕⊕ |
| Oublié | Le code n'est pas indiqué, bien que le diagnostic soit mentionné dans le dossier du patient | Le code n'est pas indiqué, bien que le traitement soit mentionné dans le dossier du patient |
| Superflu | Le code est indiqué, bien que le diagnostic ne soit pas mentionné dans le dossier du patient | Le code est indiqué, bien que le traitement ne soit pas mentionné dans le dossier du patient |

11. Rapport de révision

¹Les résultats du contrôle des données sont récapitulés dans un rapport de révision.

²Les éléments ci-après doivent impérativement figurer dans le rapport de révision suivants:

- Pourcentage, nombre et genre des erreurs de codage (ventilés selon le type d'erreur et selon le diagnostic principal/complément au diagnostic principal/diagnostic supplémentaire/traitement principal /traitement supplémentaire avec l'indication du code faux et du code juste)
- Pourcentage, nombre et genre des surcodages (indication du codage initial du cas, du codage correct du cas, de l'ancien numéro DRG, du nouveau numéro DRG et/ou du nouveau cost-weight)
- Pourcentage, nombre et genre des sous-codages (indication du codage initial du cas, du codage correct du cas, de l'ancien numéro DRG, du nouveau numéro DRG et/ou du nouveau cost-weight)
- Pourcentage, nombre et genre des autres codages faux (c'est-à-dire sans sous ou sur-codages) (indication du codage initial du cas, du codage correct du cas, de l'ancien numéro DRG)
- Pourcentage, nombre et genre des groupements erronés en cas de codage en principe correct (codage initial du cas, ancien numéro DRG et cost-weight, nouveau numéro DRG et cost-weight)
- Nombre des diagnostics supplémentaires par patient (comparaison entre l'échantillon et l'ensemble de l'hôpital).
- Rapport entre les DRG médicaux et chirurgicaux (comparaison entre l'échantillon et l'ensemble de l'hôpital).

- Nombre des dossiers de patients manquants, soit des dossiers de patients tirés à part (le cas échéant 2 échantillons (cf. art. 8.4 de la convention)
- Justification de la raison pour laquelle les dossiers de patients manquaient et indication du DRG et du cost-weight avec lesquels ces cas ont été facturés par l'hôpital.
- Niveau de l'indice de case-mix (CMI) de l'échantillon avant et après le recodage
- Recommandations pour améliorer la qualité du codage

³Le rapport de révision est présenté à l'hôpital pour qu'il puisse prendre position. Le délai pour la prise de position est de 10 jours ouvrables.

⁴Au cas où l'hôpital ne serait pas d'accord avec un codage déterminé par le réviseur, il incombe au secrétariat du codage de l'Office fédéral de la statistique de trancher et si le désaccord subsiste c'est en dernier ressort le Groupe suisse d'experts pour les classifications de santé qui tranchera.

12. Autres tâches du réviseur

Le contrat de mandat règle les éventuelles autres tâches du réviseur.

Bellinzona, 3 décembre 2004

per l'Ente Ospedaliero Cantonale

Il Direttore:
dr. oec. Carlo Maggini

Il Vice Direttore:
lic. oec. Danilo Beffa

per santésuisse

la responsabile santésuisse regione Est II:
mag. oec. HSG Verena Nold

il segretario generale per il Ticino:
Giampaolo de Neri

Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994; modifica all'allegato

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

richiamato il Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994,

decreta:

I.

L'allegato al Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994 è così modificato:

DIPARTIMENTO DELLE ISTITUZIONI (DI)

Abrogazione

| Atto | No. | Art. | Oggetto | Competenza originaria | Delega a | Reclamo |
|------|---------|------|--|-----------------------|----------|---------|
| L | 2.1.2.3 | 9 | approvazione dei preventivi e consuntivi dei Comuni in regime di compensazione | CdS | DI | SI |

Abrogazione

| Atto | No. | Art. | Oggetto | Competenza originaria | Delega a | Reclamo |
|------|---------|------|--|-----------------------|----------|---------|
| L | 2.1.2.3 | 11 | determinazione delle quote di compensazione a conguaglio | CdS | DI | NO |

II.

La presente modifica all'allegato del Regolamento è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Regolamento sulla perequazione finanziaria intercomunale del 3 dicembre 2002; modifica

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

richiamata la Legge sulla perequazione finanziaria intercomunale del 25 giugno 2002 (qui abbreviata: legge),

decreta:

I.

Il Regolamento sulla perequazione finanziaria intercomunale del 3 dicembre 2002 è così modificato:

Art. 10 Il Consiglio di Stato per il tramite della Sezione enti locali determina il contributo di livellamento spettante al comune beneficiario (comune con risorse fiscali pro capite inferiori alla media), come segue:

Se: $rf\ co + (rf\ ca - rf\ co) \times 20\% > 72\% rf\ ca$

$CL = (rf\ ca - rf\ co) \times 20\% \times pop.\ fin. \times coeff.\ art.\ 5\ cpv.\ 1\ legge$

Se: $rf\ co + (rf\ ca - rf\ co) \times 20\% < 72\% rf\ ca$

$CL = ((rf\ ca \times 72\%) - rf\ co) \times pop\ fin \times coeff.\ art.\ 5\ cpv.\ 1\ legge$

dove:

CL: contributo di livellamento per l'anno t_0

rf co: media delle risorse fiscali pro capite del comune per i cinque anni da t_2 a t_6

rf ca: media delle risorse fiscali pro capite cantonali per i cinque anni da t_2 a t_6

pop. fin.: media della popolazione finanziaria del comune per i cinque anni da t_2 a t_6 .

Art. 14 Per determinare correttamente la ripresa del contributo di livellamento, la Sezione enti locali in collaborazione con i comuni, verifica il risultato dell'esercizio prendendo in considerazione i seguenti elementi:

- a) la valutazione del gettito d' imposta;
- b) gli ammortamenti contabilizzati dal comune;
- c) l'applicazione di adeguate tasse causali e il prelievo dei contributi di migioria;
- d) le eventuali uscite per investimenti contabilizzate come spese di gestione corrente;
- e) l'ammontare del capitale proprio, riprendendo il 25% dell'eccedenza rispetto al massimo stabilito dall'art. 169 cpv. 2 LOC;
- f) altre contabilizzazioni o spese inusuali volte in modo evidente a peggiorare il risultato di gestione corrente.

Art. 21 cpv. 3

³La Sezione enti locali determina l'aiuto computando adeguate tasse causali, previa verifica dell'entità della spesa di investimento, dei sussidi e dei contributi, in collaborazione con i competenti uffici cantonali.

Art. 25 cpv. 3

³L'istanza deve essere inoltrata entro il 31 marzo di ogni anno dispari, assieme ai conti consuntivi dell'anno precedente. Per l'inoltro del consuntivo possono essere concesse deroghe, di regola fino al 30 giugno, dopo di che il calcolo del contributo verrà effettuato utilizzando l'ultimo consuntivo approvato dal legislativo comunale.

Art. 29 cpv. 1

¹

L'ammontare del contributo è calcolato ogni due anni sulla base delle spese risultanti dai consuntivi dell'anno precedente il biennio. Il primo anno del biennio è quello dispari.

Art. 30 Nella misura in cui ottemperano alle condizioni indicate all'art. 25, possono inoltrare istanza per l'ottenimento dei contributi i seguenti comuni:

Distretto di Mendrisio: Bruzella, Cabbio, Caneggio, Castel San Pietro, Morbio Superiore, Muggio e Sagno.

Distretto di Lugano: Alto Malcantone, Aranno, Arogno, Bidogno, Bogno, Cademario, Capriasca, Certara, Cimadara, Corticiasca, Iseo, Miglieglia, Rovio e Valcolla.

Distretto di Locarno: Borgnone, Brione Verzasca, Corippo, Frasco, Gerra Verzasca (limitatamente alla frazione di valle), Gresso, Indemini, Intragna, Isorno, Lavertezzo (limitatamente alla frazione di Valle), Mergoscia, Mosogno, Onsernone, Palagnedra, Sonogno, Vergeletto e Vogorno.

Distretto di Vallemaggia: Avegno, Bignasco, Bosco Gurin, Campo Vallemaggia, Cervergno, Cerentino, Cevio, Gordevio, Lavizzara, Linescio, Maggia.

Distretto di Bellinzona: Isonne, Medeglia, Pianezzo e Sant'Antonio.

Distretto di Blenio: Acquarossa, Aquila, Campo Blenio, Ghirone, Ludiano, Malvaglia, Olivone, Semione e Torre.

Distretto di Leventina: Airolo, Anzonico, Bedretto, Bodio, Calonico, Calpiogna, Campello, Cavagnago, Chiggionna, Chironico, Dalpe, Faido, Giornico, Mairengo, Osco, Personico, Pollegio, Prato Leventina, Quinto, Rossura e Sobrio.

II.

La presente modifica di regolamento è pubblicata nel Bollettino delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

**Regolamento
per la tenuta dei catastri censuari ufficiali dei comuni con il regime
del registro fondiario provvisorio del 13 maggio 1958; modifica**

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

decreta:

I.

Il Regolamento per la tenuta dei catastri censuari ufficiali dei comuni con il regime del registro fondiario provvisorio del 13 maggio 1958 è modificato come segue:

Autorità di vigilanza

Art. 3 Autorità di vigilanza in materia di catastri censuari comunali sono:
a) l'Ufficio cantonale di stima per quanto concerne la descrizione dei fondi e il valore di stima ufficiale;
b) la Divisione della giustizia, per quanto concerne l'intestazione delle partite e dei singoli fondi.

Allestimento di nuovi registri censuari comunali

Art. 6 Durante le operazioni di allestimento di nuovi catastri non è ammesso modificare le intestazioni di proprietà senza il preventivo trapasso a registro fondiario e l'autorizzazione della Divisione della giustizia.

Per la esatta iscrizione le intestazioni di proprietà devono essere iscritte nella forma prevista dall'art. 15 del Regolamento concernente la legge sul registro fondiario del 1° aprile 1998.

II.

La presente modifica di regolamento è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore il 1° gennaio 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994; modifica

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

richiamato il Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994,

decreta:

I.

Il Regolamento sulle deleghe di competenze decisionali del 24 agosto 1994, in particolare il suo allegato, è modificato come segue:

DIPARTIMENTO DELLE ISTITUZIONI (DI)

| Atto | No. | Art. | Oggetto | Competenza originaria | Delega a | Reclamo |
|------|-----|------|---------|-----------------------|----------|---------|
|------|-----|------|---------|-----------------------|----------|---------|

VOLUME 4

Modifica di deleghe:

| | | | | | | |
|---|---------|----|---|-----|---------------------------|----|
| L | 4.1.3.1 | 23 | determinazione dell'ordine di introduzione dei registri fondiari definitivi | CdS | Divisione della giustizia | NO |
| L | 4.1.3.1 | 24 | riconoscimento di misurazioni provvisorie idonee per l'introduzione dei registri fondiari prodefinitivi | CdS | Divisione della giustizia | NO |
| L | 4.1.3.1 | 27 | utilizzo e intavolazione del foglio collettivo | CdS | Divisione della giustizia | NO |
| L | 4.1.3.1 | 28 | decisione di introdurre il registro fondiario | CdS | Divisione della giustizia | NO |

| Atto | No. | Art. | Oggetto | Competenza originaria | Delega a | Reclamo |
|----------------------------|-----------|----------|---|---------------------------|---|---------|
| L | 4.1.3.1 | 54 | approvazione consuntivo spese d'impianto; ripartizione spese | CdS | Divisione della giustizia | NO |
| L | 4.1.3.1 | 59 | pubblicazione procedura di epurazione dei diritti reali preesistenti | CdS | Divisione della giustizia | NO |
| L | 4.1.4.2 | 7a | autorità di ricorso contro decisioni su reclamo dell'Ufficio dei registri | DI | Divisione della giustizia | NO |
| L | 4.1.4.2 | 8 cpv. 2 | autorità che infligge la multa | DI | Divisione della giustizia | NO |
| <i>Stralcio di delega:</i> | | | | | | |
| R | 4.1.3.1.1 | 75 | autorizzazione all'accesso ai dati del registro fondiario informatizzato | Divisione della giustizia | Sezione del registro fondiario e di commercio | NO |

II.

La presente modificazione di regolamento è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore il 1° gennaio 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Regolamento concernente la legge sul registro fondiario del 1° aprile 1998; modifica

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

decreta:

I.

Il Regolamento concernente la legge sul registro fondiario del 1° aprile 1998 è modificato come segue:

Autorità competente
(art. 5 LRF)

Art. 1 cpv. 1

¹La Divisione della giustizia è l'autorità di vigilanza sul registro fondiario a norma dell'art. 953 del Codice civile svizzero (CCS).

II.

La presente modifica di regolamento è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore il 1° gennaio 2006.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Regolamento sulla caccia e la protezione dei mammiferi e degli uccelli selvatici del 4 agosto 1993; modifica

(del 20 dicembre 2005)

IL CONSIGLIO DI STATO DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

d e c r e t a :

I.

Il Regolamento sulla caccia e la protezione dei mammiferi e degli uccelli selvatici del 4 agosto 1993 è così modificato:

Art. 26 cpv. 1 lett. b)

¹La caccia al cinghiale è autorizzata:

- b) Dal 3 al 21 dicembre e dal 4 al 15 gennaio nei giorni di mercoledì, sabato e domenica, nonché sabato 21 e domenica 22 gennaio, all'interno dei seguenti confini:
1. da Dirinella segue la riva del lago fino alla confluenza del fiume Ticino che risale sino alla confluenza con il fiume Moesa. Segue quest'ultimo fino al confine con il Canton Grigioni. Segue il confine Ticino-Grigioni sino alla cima di Cugn. Da qui il confine italo-svizzero fino al lago Ceresio. Segue poi la sponda nord del lago Ceresio fino a Ponte Tresa e da qui il confine italo-svizzero fino a Dirinella, punto di partenza.
 2. La caccia può essere pure esercitata nella bandita cantonale N. 2 Arosio-Agra; nella N. 3 Piandanazzo-Rompiago, in quest'ultima solo nei giorni 7, 14 e 21 dicembre e 4 e 11 gennaio e nella N. 4 Isone dove la caccia è permessa nella stessa zona delimitata alla lettera a) Punto 2. del presente articolo; mentre è vietata nelle altre bandite di caccia.
 3. Da Porto Ronco segue la riva del lago fino alla Dogana di Valmara, quindi il confine italo-svizzero fino a Camedo. Continua ancora lungo il confine fino allo spartiacque fra Valle Onsernone e Centovalli (cippo N. 20). Segue lo spartiacque, passando per il Pizzo di Mezzodi, Pizzo Ruscada e Pianascio, fino a Pizzin (pto 1510). Da qui scende lungo il Rì della Segna fino al fiume Isorno che segue fino al ponte della strada a Intragna. Segue la strada cantonale passando per Golino fino al bivio con la strada dei Polacchi. Segue quest'ultima fino ad Arcegnò, punto 387 e continua per la strada cantonale in direzione di Ronco s/Ascona fino a raggiungere Porto Ronco, punto di partenza.
 4. Da Brione s/Minusio segue la strada cantonale passando da Contra, raggiunge il ponte sul riale della Valle di Mergoscia; qui risale il corso d'acqua fino all'Alpe di Bietri (1499), quindi segue il sentiero passando per la Bassa di Bietri e proseguendo in direzione Schiuvasch, passando da Chiodo, Giorledo (1140), Cordonico e San Bernardo (1028). Qui segue la strada carrozzabile fino alla fermata intermedia Monte Bré della Funivia Locarno-Cardada, quindi scendendo il sentiero direzione Miranda, continua sulla strada forestale fino all'Alpe Vegnasca (1422), qui scende il riale della Valle del Ria Grande fino alla strada cantonale; percorrendo la stessa passando da Solduno e salendo ai Monti della Trinità e continuando per Orselina, ritorna al punto di partenza.
 5. Sul territorio appartenente ai distretti di Lugano e Mendrisio sottostante la sponda sud del lago Ceresio, limitatamente al lato sinistro dell'autostrada (direzione nord-sud). La caccia nella bandita cantonale N. 1.a) Generoso-Bellavista è permessa all'interno dei seguenti confini: dal bivio della strada per la Muggiasca (località Cassinelli, pto 1105) segue la strada in direzione Cascina d'Armirono e Alpe di Mendrisio, continua lungo la strada cantonale in direzione di Somazzo, Salorino fino al bivio con la strada cantonale che porta a Castel San Pietro (pto 449). Da qui segue la strada che porta a Obino, la mulattiera per Caviano, Balduana e al punto di partenza (pto 1105).

II.

La presente modifica è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra in vigore immediatamente.

Bellinzona, 20 dicembre 2005

Per il Consiglio di Stato

La Presidente: **M. Masoni**

Il Cancelliere: **G. Gianella**

Servizio di picchetto medico festivo e notturno a favore delle carceri pretoriali

L'UFFICIO DEL MEDICO CANTONALE

Considerata la necessità della Polizia cantonale di disporre, per le carceri pretoriali, di un servizio di picchetto medico notturno e festivo;

ritenuta la decisione del Medico cantonale del 16 febbraio 2000 e i successivi rinnovi annuali;

d'intesa con il Dipartimento delle istituzioni;

in conformità all'articolo 12 del Regolamento sui medici delegati del 30 settembre 1998 (in seguito: Regolamento),

decide:

1. È prorogato il servizio di picchetto medico festivo e notturno a favore delle carceri pretoriali.
2. I seguenti medici sono responsabili per garantire gli interventi notturni e festivi nelle carceri pretoriali:

| Regione | Bellinzonese | Luganese | Mendrisiotto |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Medico responsabile principale | Dr E. Romagnoli, Bellinzona | Dr Giuseppe Lepori, Lugano | Dr L. Realini, Mendrisio |
| Medico responsabile 2 | Dr G. Basso, Camorino | Dr N. Clericetti, Lugano | Dr E. Massera, Mendrisio |
| Medico responsabile 3 | Dr V. Lepori, Bellinzona | Dr N. Masina, Lugano | Dr A. Bielic, Mendrisio |

3. I turni di picchetto devono essere concordati tra i medici e i posti di polizia.
4. La retribuzione del servizio di picchetto è a carico del Dipartimento delle istituzioni ed avviene conformemente agli articoli 11 e 12 del Regolamento.
5. Il servizio di picchetto presso il carcere pretoriale di Mendrisio decade non appena è decisa la chiusura di questo carcere. A partire dalla data di chiusura cessa immediatamente anche il finanziamento del servizio.
6. La decisione 13 dicembre 2004 del Medico cantonale è abrogata.
7. La presente decisione è pubblicata sul Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino; entra in vigore il 1. gennaio 2006 e decade al 31 agosto 2006.

Bellinzona, 19 dicembre 2005

Il medico cantonale: I. Cassis