

# Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

del 18 marzo 1994 (Stato 1° marzo 2014)

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*  
visto l'articolo 34<sup>bis</sup> della Costituzione federale<sup>1</sup> (Cost.);<sup>2</sup>  
visto il messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991<sup>3</sup>,  
*decreta:*

## **Titolo 1:<sup>4</sup> Applicabilità della LPGA**

### **Art. 1** Campo d'applicazione

<sup>1</sup> Le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000<sup>5</sup> sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga alla LPGA.

<sup>2</sup> Esse non sono applicabili ai seguenti settori:

- a. autorizzazione ed esclusione di fornitori di prestazioni (art. 35–40 e 59);
- b. tariffe, prezzi e stanziamento globale di bilancio (art. 43–55);
- c.<sup>6</sup> riduzioni di premi accordate ai sensi degli articoli 65, 65a e 66a e sussidi della Confederazione ai Cantoni conformemente all'articolo 66;
- d. liti tra assicuratori (art. 87);
- e. procedure dinanzi al tribunale arbitrale cantonale (art. 89).

RU **1995** 1328

<sup>1</sup> [CS 1 3]. Questa disp. corrisponde all'art. 117 della Cost. del 18 apr. 1999 (RS **101**).

<sup>2</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>3</sup> FF **1992** I 65

<sup>4</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>5</sup> RS **830.1**

<sup>6</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3472; FF **2002** 715).

## **Titolo 1a: <sup>7</sup> Disposizioni generali**

### **Art. 1a** Campo d'applicazione

<sup>1</sup> La presente legge disciplina l'assicurazione sociale contro le malattie (assicurazione sociale malattie). Questa comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa.

<sup>2</sup> L'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di:

- a. malattia (art. 3 LPG<sup>8</sup>);
- b. infortunio (art. 4 LPG<sup>8</sup>), per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni;
- c. maternità (art. 5 LPG<sup>8</sup>).

### **Art. 2<sup>9</sup>**

## **Titolo 2: Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie**

### **Capitolo 1: Obbligo d'assicurazione**

#### **Sezione 1: Disposizioni generali**

### **Art. 3** Persone tenute ad assicurarsi

<sup>1</sup> Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007<sup>10</sup> sullo Stato ospite.<sup>11</sup>

<sup>3</sup> Può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che:

<sup>7</sup> Introdotta dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>8</sup> RS **830.1**

<sup>9</sup> Abrogata dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>10</sup> RS **192.12**

<sup>11</sup> Nuovo testo giusta il n. II 11 dell'all. alla LF del 22 giu. 2007 sullo Stato ospite, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6637; FF **2006** 7359).

a.<sup>12</sup> esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGA<sup>13</sup>).

b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera.

<sup>4</sup> L'obbligo d'assicurazione è sospeso per le persone soggette per più di 60 giorni consecutivi alla legge federale del 19 giugno 1992<sup>14</sup> sull'assicurazione militare (LAM). Il Consiglio federale disciplina la procedura.<sup>15</sup>

#### **Art. 4** Scelta dell'assicuratore

<sup>1</sup> Le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere liberamente l'assicuratore tra quelli designati nell'articolo 11.

<sup>2</sup> Nei limiti del corrispettivo raggio d'attività territoriale, gli assicuratori devono accettare ogni persona tenuta ad assicurarsi.

#### **Art. 4a<sup>16</sup>** Scelta dell'assicuratore per i familiari tenuti ad assicurarsi e residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia

Sono assicurati presso lo stesso assicuratore:

- a. la persona tenuta ad assicurarsi in virtù dell'attività lucrativa esercitata in Svizzera e i suoi familiari tenuti ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia;
- b. la persona tenuta ad assicurarsi poiché percepisce una rendita svizzera e i suoi familiari tenuti ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia;
- c. la persona tenuta ad assicurarsi poiché percepisce una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e i suoi familiari tenuti ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.

#### **Art. 5** Inizio e fine dell'assicurazione

<sup>1</sup> Se l'affiliazione è tempestiva (art. 3 cpv. 1), l'assicurazione inizia dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. Il Consiglio federale stabilisce l'inizio dell'assicurazione delle persone menzionate nell'articolo 3 capoverso 3.

<sup>12</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>13</sup> RS **830.1**

<sup>14</sup> RS **833.1**

<sup>15</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>16</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

<sup>2</sup> In caso d'affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dal giorno dell'affiliazione. L'assicurato deve pagare un supplemento di premio se il ritardo non è giustificabile. Il Consiglio federale ne stabilisce i tassi indicativi, tenendo conto del livello dei premi nel luogo di residenza dell'assicurato e della durata del ritardo. Se il pagamento del supplemento risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore lo riduce, considerate equamente la situazione dell'assicurato e le circostanze del ritardo.

<sup>3</sup> L'assicurazione ha termine quando l'assicurato cessa di essere soggetto all'obbligo d'assicurazione.

#### **Art. 6** Controllo e affiliazione d'ufficio

<sup>1</sup> I Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione.

<sup>2</sup> L'autorità designata dal Cantone affilia a un assicuratore le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano assolto questo obbligo tempestivamente.

#### **Art. 6a<sup>17</sup>** Controllo dell'affiliazione e assegnazione a un assicuratore degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia<sup>18</sup>

<sup>1</sup> I Cantoni informano circa l'obbligo di assicurazione:

- a. le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera;
- b. le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che sono tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione;
- c. le persone tenute ad assicurarsi poiché percepiscono una rendita svizzera e che trasferiscono la loro residenza in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.<sup>19</sup>

<sup>2</sup> L'informazione secondo il capoverso 1 vale automaticamente per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.<sup>20</sup>

<sup>3</sup> L'autorità designata dal Cantone assegna a un assicuratore le persone che non hanno assolto tempestivamente l'obbligo di assicurazione. Decide inoltre delle

<sup>17</sup> Introdotta dal n. I della LF del 6 ott. 2000, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537).

<sup>18</sup> Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

<sup>19</sup> Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

<sup>20</sup> Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione. È fatto salvo l'articolo 18 capoversi 2<sup>bis</sup> e 2<sup>ter</sup>.

<sup>4</sup> Gli assicuratori comunicano all'autorità cantonale competente i dati necessari per il controllo dell'osservanza dell'obbligo di assicurazione.

#### **Art. 7** Cambiamento d'assicuratore

<sup>1</sup> L'assicurato può cambiare assicuratore per la fine d'un semestre di un anno civile con preavviso di tre mesi.

<sup>2</sup> Al momento della notifica dei nuovi premi, l'assicurato può, con preavviso di un mese, cambiare assicuratore per la fine del mese che precede la validità dei nuovi premi. L'assicuratore deve annunciare i nuovi premi approvati dall'Ufficio federale della sanità pubblica<sup>21</sup> (Ufficio federale) a ogni assicurato con almeno due mesi d'anticipo e segnalare il diritto di cambiare assicuratore.<sup>22</sup>

<sup>3</sup> Se l'assicurato deve cambiare assicuratore perché trasferisce il suo domicilio o cambia posto di lavoro, l'affiliazione termina al momento del trasferimento del domicilio o dell'inizio dell'attività presso il nuovo datore di lavoro.

<sup>4</sup> Se un assicuratore, volontariamente o sulla base di una decisione di un'autorità, non esercita più l'assicurazione sociale malattie, il rapporto assicurativo termina con il ritiro dell'autorizzazione giusta l'articolo 13.

<sup>5</sup> Il rapporto d'assicurazione termina solo se il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa. Se omette questa conferma, deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio. L'assicuratore che ha ricevuto la comunicazione informa la persona interessata sulla data a partire dalla quale essa non è più assicurata presso di lui.

<sup>6</sup> Il precedente assicuratore che impedisce il cambiamento d'assicuratore deve risarcire all'assicurato il danno risultante, in particolare la differenza di premio.<sup>23</sup>

<sup>7</sup> In caso di cambiamento d'assicuratore, il precedente assicuratore non può costringere l'assicurato a disdire anche le assicurazioni complementari di cui all'articolo 12 stipulate presso di lui.<sup>24</sup>

<sup>8</sup> L'assicuratore non può disdire le assicurazioni complementari di cui all'articolo 12 per il solo motivo che l'assicurato cambia assicuratore per l'assicurazione sociale malattie.<sup>25</sup>

<sup>21</sup> La designazione dell'unità amministrativa è stata adattata in applicazione dell'art. 16 cpv. 3 dell'O del 17 nov. 2004 sulle pubblicazioni (RS **170.512.1**).

<sup>22</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000 2305**; FF **1999 687**).

<sup>23</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000 2305**; FF **1999 687**).

<sup>24</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000 2305**; FF **1999 687**). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>25</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000 2305**; FF **1999 687**).

## Sezione 2: Sospensione della copertura dell'infortunio

### Art. 8 Principio

<sup>1</sup> La copertura di infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale del 20 marzo 1981<sup>26</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta dell'assicurato, il quale deve provare di essere interamente assicurato ai sensi della LAINF. Il premio è ridotto in proporzione.

<sup>2</sup> Gli infortuni sono coperti ai sensi della presente legge non appena la copertura dell'infortunio giusta la LAINF cessa in tutto o in parte.

<sup>3</sup> L'assicurazione sociale malattie prende a carico tutti i postumi d'infortunio che essa assicurava prima della sospensione dell'assicurazione.

### Art. 9 Obbligo d'informare l'assicurato

Al momento dell'affiliazione all'assicurazione sociale malattie, l'assicuratore deve indicare per scritto all'assicurato il suo diritto giusta l'articolo 8.

### Art. 10 Fine della sospensione; procedura

<sup>1</sup> Il datore di lavoro informa per scritto la persona che lascia il proprio posto di lavoro o cessa di essere assicurata contro gli infortuni non professionali conformemente alla LAINF<sup>27</sup>, sull'obbligo di avvertire il suo assicuratore, in virtù della presente legge. Lo stesso obbligo incombe all'assicurazione contro la disoccupazione, qualora il diritto alle prestazioni di quest'ultima scada prima che l'interessato abbia assunto un nuovo lavoro.

<sup>2</sup> Se l'assicurato non adempie il proprio obbligo secondo il capoverso 1, l'assicuratore può esigere il pagamento dell'aliquota del premio corrispondente alla copertura dell'infortunio, inclusi gli interessi di mora, per il periodo compreso tra la cessazione della copertura secondo la LAINF e il momento in cui l'assicuratore è giunto a conoscenza di quest'ultima. Se il datore di lavoro o l'assicurazione contro la disoccupazione non adempiono i loro obblighi in conformità al capoverso 1, l'assicuratore può avanzare pretese analoghe nei loro confronti.

<sup>26</sup> RS 832.20

<sup>27</sup> RS 832.20

## Capitolo 2: Organizzazione

### Sezione 1: Assicuratori

#### Art. 11           Categorie d'assicuratori

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è gestita:

- a. dalle casse malati ai sensi dell'articolo 12;
- b.<sup>28</sup> dalle imprese di assicurazione private che, sottoposte alla legge del 17 dicembre 2004<sup>29</sup> sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), esercitano l'assicurazione malattie e dispongono dell'autorizzazione secondo l'articolo 13.

#### Art. 12           Casse malati

<sup>1</sup> Le casse malati sono persone giuridiche di diritto privato o pubblico senza scopo lucrativo che esercitano in primo luogo l'assicurazione sociale malattie e sono riconosciute dal Dipartimento federale dell'interno (Dipartimento).

<sup>2</sup> Le casse malati possono offrire, oltre all'assicurazione sociale malattie ai sensi della presente legge, assicurazioni complementari; secondo le condizioni e nei limiti massimi determinati dal Consiglio federale possono pure esercitare altri rami d'assicurazione.

<sup>3</sup> Le assicurazioni menzionate al capoverso 2 sono rette dalla legge federale del 2 aprile 1908<sup>30</sup> sul contratto d'assicurazione (LCA).

<sup>4</sup> Le casse malati con almeno un numero d'assicurati pari a quello minimo stabilito dal Consiglio federale possono anche esercitare la riassicurazione ai sensi dell'articolo 14.

#### Art. 13           Autorizzazione, ritiro dell'autorizzazione e trasferimento del patrimonio<sup>31</sup>

<sup>1</sup> Il Dipartimento autorizza gli istituti d'assicurazione che adempiono i requisiti della presente legge (assicuratori) a esercitare l'assicurazione sociale malattie. L'Ufficio federale pubblica l'elenco degli assicuratori.<sup>32</sup>

<sup>2</sup> Gli assicuratori devono in particolare:

- a. esercitare l'assicurazione sociale malattie secondo il principio della mutualità e garantire la parità di trattamento degli assicurati; destinano a soli scopi d'assicurazione sociale malattie i fondi provenienti da quest'ultima;

<sup>28</sup> Nuovo testo giusta il n. II 4 dell'all. alla LF del 17 dic. 2004 sulla sorveglianza degli assicuratori, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 5269; FF **2003** 3233).

<sup>29</sup> RS **961.01**

<sup>30</sup> RS **221.229.1**

<sup>31</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>32</sup> Nuovo testo del per. giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

- b. disporre di un'organizzazione e di una gestione garanti dell'osservanza delle prescrizioni legali;
- c. essere sempre in grado di soddisfare gli obblighi finanziari;
- d. esercitare parimenti l'assicurazione indennità giornaliera individuale secondo la presente legge;
- e. avere una sede in Svizzera;
- f.<sup>33</sup> offrire l'assicurazione sociale malattie anche alle persone tenute ad assicurarsi che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia; in casi particolari, il Consiglio federale può esentare, su richiesta, taluni assicuratori da questo obbligo.

<sup>3</sup> Il Dipartimento ritira il riconoscimento o l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie se l'assicuratore lo richiede o non adempie più le condizioni legali. Il Dipartimento provvede affinché questo ritiro diventi effettivo solo quando tutti gli assicurati sono stati ripresi da altri assicuratori.

<sup>4</sup> Se il patrimonio e il numero di assicurati della cassa malati scioltasi non sono trasferiti a un altro assicuratore ai sensi dell'articolo 11, l'eventuale saldo attivo delle casse organizzate secondo il diritto privato è accreditato al fondo in caso d'insolvenza dell'istituzione comune (art. 18).<sup>34</sup>

<sup>5</sup> Se il Dipartimento ritira l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie solo per parti del loro raggio d'attività territoriale, l'assicuratore deve cedere una parte delle sue riserve di cui all'articolo 60. Questo importo è ripartito tra gli assicuratori che riprendono gli assicurati toccati dalla limitazione del raggio d'attività. Il Consiglio federale può affidare la ripartizione dell'importo all'istituzione comune.<sup>35</sup>

#### **Art. 14** Riassicurazione

<sup>1</sup> Gli assicuratori possono riassicurare mediante contratto determinate prestazioni che versano secondo la presente legge.

<sup>2</sup> I riassicuratori sottostanno all'autorizzazione del Dipartimento. Per il rilascio, è applicabile per analogia l'articolo 13.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale stabilisce la parte minima delle prestazioni che gli assicuratori devono assumere a proprio carico.

<sup>33</sup> Introdotta dal n. I 9 della LF dell'8 ott. 1999 concernente l'Acc. tra la Confederazione Svizzera da una parte e la CE ed i suoi Stati membri dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (RU 2002 701; FF 1999 5092). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 685; FF 2001 4435).

<sup>34</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 2305; FF 1999 687).

<sup>35</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 2305; FF 1999 687).



**Art. 15** Responsabilità

Gli assicurati non rispondono degli obblighi degli assicuratori.

**Art. 16 e 17**<sup>36</sup>**Sezione 2: Istituzione comune****Art. 18**

<sup>1</sup> Gli assicuratori creano un'istituzione comune nella forma di una fondazione. L'atto di fondazione e i regolamenti dell'istituzione devono essere approvati dal Dipartimento. Se gli assicuratori non creano l'istituzione comune, vi provvede il Consiglio federale. Esso emana le necessarie prescrizioni se gli assicuratori non s'accordano sulla gestione dell'istituzione.

<sup>2</sup> L'istituzione comune assume i costi delle prestazioni legali in vece degli assicuratori insolvibili.

<sup>2bis</sup> L'Istituzione comune decide delle domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione di beneficiari di rendite e dei loro familiari che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.<sup>37</sup>

<sup>2ter</sup> Essa assegna a un assicuratore i beneficiari di rendite e i loro familiari che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che non hanno assolto tempestivamente l'obbligo di assicurazione.<sup>38</sup>

<sup>2quater</sup> Essa assiste i Cantoni nell'applicazione della riduzione dei premi a favore degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia, conformemente all'articolo 65a.<sup>39</sup>

<sup>2quinquies</sup> Essa effettua la riduzione dei premi conformemente all'articolo 66a.<sup>40</sup>

<sup>36</sup> Abrogati dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>37</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

<sup>38</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

<sup>39</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

<sup>40</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537).

<sup>2sexies</sup> Essa può assumere dai Cantoni ulteriori compiti d'esecuzione contro indennità.<sup>41</sup>

<sup>3</sup> Il Consiglio federale può assegnare all'istituzione comune altri compiti, segnatamente in materia d'esecuzione di obblighi internazionali.

<sup>4</sup> Gli assicuratori possono conferirle di comune accordo determinati compiti d'interesse generale, segnatamente d'ordine amministrativo e tecnico.

<sup>5</sup> Per finanziare l'esecuzione dei compiti secondo i capoversi 2 e 4, gli assicuratori devono versare contributi all'istituzione comune, a carico dell'assicurazione sociale malattie. L'istituzione comune riscuote questi contributi e, in caso di pagamento tardivo, un interesse di mora. L'importo dei contributi e dell'interesse di mora è stabilito dai regolamenti dell'istituzione comune.<sup>42</sup>

<sup>5bis</sup> La Confederazione assume il finanziamento dei compiti di cui ai capoversi 2bis–2quinquies.<sup>43</sup>

<sup>6</sup> Il Consiglio federale disciplina il finanziamento dei compiti assegnati all'istituzione comune giusta il capoverso 3.

<sup>7</sup> L'istituzione comune tiene conti distinti per ognuno dei compiti. Beneficia dell'esenzione fiscale secondo l'articolo 80 LPG<sup>44,45</sup>

<sup>8</sup> Ai ricorsi al Tribunale amministrativo federale contro decisioni dell'istituzione comune secondo i capoversi 2bis, 2ter e 2quinquies è applicabile per analogia l'articolo 85bis capoversi 2 e 3 della legge federale del 20 dicembre 1946<sup>46</sup> sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti.<sup>47</sup>

### Sezione 3: Promozione della salute

#### Art. 19 Promozione della prevenzione delle malattie

<sup>1</sup> Gli assicuratori promuovono la prevenzione delle malattie.

<sup>2</sup> Essi gestiscono congiuntamente con i Cantoni un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie. Se l'istituzione non è fondata dagli assicuratori e dai Cantoni, il compito è assunto dalla Confederazione.

<sup>41</sup> Introdotta dal n. I della LF del 6 ott. 2000, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537).

<sup>42</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>43</sup> Introdotta dal n. I della LF del 6 ott. 2000, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537).

<sup>44</sup> RS **830.1**

<sup>45</sup> Nuovo testo del per. giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>46</sup> RS **831.10**

<sup>47</sup> Introdotta dal n. 110 dell'all. alla L del 17 giu. 2005 sul Tribunale amministrativo federale, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 2197; FF **2001** 3764).

<sup>3</sup> L'organo direttivo dell'istituzione è composto di rappresentanti degli assicuratori, dei Cantoni, dell'INSAI, della Confederazione, dei medici, delle cerchie scientifiche e delle organizzazioni specializzate nella prevenzione.

#### **Art. 20** Finanziamento; vigilanza

<sup>1</sup> Ogni persona assicurata obbligatoriamente ai sensi della presente legge versa un contributo annuo per la prevenzione generale delle malattie.

<sup>2</sup> Il Dipartimento stabilisce il contributo su proposta dell'istituzione. Fa rapporto alle competenti Commissioni delle Camere federali sull'impiego di tale contributo.<sup>48</sup>

<sup>3</sup> Esso vigila sull'attività dell'istituzione. I bilanci, i conti e il rapporto d'attività sono presentati per approvazione all'Ufficio federale.

### **Sezione 4: Vigilanza e statistica**

#### **Art. 21** Vigilanza

<sup>1</sup> Il Consiglio federale sorveglia l'applicazione dell'assicurazione malattie.<sup>49</sup>

<sup>2</sup> L'esercizio delle assicurazioni menzionate nell'articolo 12 capoverso 2 soggiace alla sorveglianza dell'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari (FINMA) giusta la legislazione sulla sorveglianza degli istituti privati d'assicurazione.<sup>50</sup>

<sup>3</sup> L'Ufficio federale può impartire istruzioni agli assicuratori per l'applicazione uniforme del diritto federale, chiedere loro tutte le informazioni e tutti i documenti necessari ed effettuare ispezioni. Le ispezioni possono essere effettuate senza preavviso. Gli assicuratori accordano all'Ufficio federale libero accesso a tutte le informazioni che esso ritiene pertinenti all'ambito dell'ispezione in corso. Devono inviargli i rapporti e conti annui.<sup>51</sup>

<sup>4</sup> Nell'ambito della vigilanza sull'esecuzione della presente legge, gli assicuratori sono tenuti a fornire annualmente all'Ufficio federale i dati risultanti dalla fatturazione delle prestazioni e dall'attività assicurativa.<sup>52</sup>

<sup>5</sup> Se un assicuratore disattende le prescrizioni legali, l'Ufficio federale può, a seconda della natura e della gravità dell'infrazione:

<sup>48</sup> Nuovo testo giusta il n. II 10 dell'all. alla LF del 22 mar. 2002 concernente l'adeguamento di disposizioni organizzative del diritto federale, in vigore dal 1° feb. 2003 (RU **2003** 187; FF **2001** 3431).

<sup>49</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 23 giu. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2755; FF **2000** 205).

<sup>50</sup> Nuovo testo giusta il n. 12 dell'all. alla LF del 22 giu. 2007 concernente l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 5207; FF **2006** 2625).

<sup>51</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 23 giu. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2755; FF **2000** 205).

<sup>52</sup> Nuovo testo giusta il n. 1 della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

- a. prendere le misure atte a ripristinare la situazione legale, addebitandone le spese all'assicuratore;
- b. ammonirlo e infliggergli una multa disciplinare;
- c. proporre al Dipartimento il ritiro dell'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie.<sup>53</sup>

<sup>5bis</sup> In deroga all'articolo 33 LPG<sup>54</sup>, l'Ufficio federale può rendere pubblici i provvedimenti di cui al capoverso 5.<sup>55</sup>

<sup>6</sup> Sono salve le disposizioni speciali sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati.

#### **Art. 21a**<sup>56</sup> Partecipazione dei Cantoni

<sup>1</sup> I Cantoni possono chiedere agli assicuratori gli stessi documenti ufficiali di cui l'autorità federale ha bisogno per approvare le tariffe dei premi. Possono utilizzarli soltanto per elaborare un parere secondo l'articolo 61 capoverso 4<sup>57</sup> o per informare gli assicurati sulla giustificazione dei premi approvati.

<sup>2</sup> In casi particolari, l'Ufficio federale può accordarsi con un Cantone affidandogli l'esecuzione di accertamenti presso gli assicuratori, secondo l'articolo 21 capoverso 3.<sup>58</sup>

#### **Art. 22** Controllo dei costi amministrativi

<sup>1</sup> Gli assicuratori devono contenere i costi amministrativi dell'assicurazione sociale malattie entro i limiti propri ad una gestione economica.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale può emanare disposizioni concernenti una limitazione dei costi amministrativi. Esso considera in particolare l'evoluzione generale dei prezzi e dei salari.

#### **Art. 22a**<sup>59</sup> Dati dei fornitori di prestazioni

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. Segnatamente vanno comunicati i seguenti dati:

<sup>53</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>54</sup> RS **830.1**

<sup>55</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687). Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 e con effetto sino al 30 giu. 2016 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>56</sup> Introdotto dal n. I della LF del 18 dic. 1998, in vigore dal 1° lug. 1999 (RU **1999** 2041; FF **1998** 940 946).

<sup>57</sup> Ora: art. 61 cpv. 5

<sup>58</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>59</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

- a. il genere di attività, l'infrastruttura e le installazioni, la forma giuridica;
- b. il numero e la struttura dei dipendenti e dei posti di formazione;
- c. il numero e la struttura dei pazienti, in forma anonima;
- d. il genere, l'entità e i costi delle prestazioni fornite;
- e. gli oneri, i proventi e il risultato d'esercizio;
- f. gli indicatori medici della qualità.

<sup>2</sup> Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

<sup>3</sup> I dati vengono rilevati dall'Ufficio federale di statistica. Per ogni fornitore di prestazioni i dati di cui al capoverso 1 necessari per l'esecuzione della presente legge sono messi a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del Sorvegliante federale dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché degli organi menzionati nell'articolo 84a. I dati sono pubblicati.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale emana prescrizioni dettagliate sulla rilevazione, il trattamento, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità.

#### **Art. 23<sup>60</sup>**      Statistiche

<sup>1</sup> L'Ufficio federale di statistica elabora le basi statistiche necessarie per valutare il funzionamento e gli effetti della presente legge. A tale scopo rileva i dati necessari presso gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e la popolazione.

<sup>2</sup> Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

<sup>3</sup> Il trattamento di dati a fini statistici è retto dalla legge federale del 9 ottobre 1992<sup>61</sup> sulla statistica federale.

### **Capitolo 3: Prestazioni**

#### **Sezione 1: Catalogo delle prestazioni**

#### **Art. 24**      Principio

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli articoli 25–31, secondo le condizioni di cui agli articoli 32–34.

<sup>60</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU 2008 2049; FF 2004 4903).

<sup>61</sup> RS 431.01

**Art. 25** Prestazioni generali in caso di malattia

<sup>1</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi.

<sup>2</sup> Queste prestazioni comprendono:

- a.<sup>62</sup> gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate:
  - 1. dal medico,
  - 2. dal chiropratico,
  - 3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico;
- b. le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico;
- c. un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico;
- d. i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico;
- e.<sup>63</sup> la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
- f.<sup>64</sup> ...
- f<sup>bis</sup>.<sup>65</sup> la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29);
- g. un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio;
- h.<sup>66</sup> la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti dal medico secondo la lettera b.

**Art. 25a<sup>67</sup>** Cure in caso di malattia

<sup>1</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatoriamente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura.<sup>68</sup>

<sup>62</sup> Nuovo testo giusta il n. I 3 della LF del 13 giu. 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3517 6847 n. I; FF **2005** 1839).

<sup>63</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>64</sup> Abrogata dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), con effetto dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>65</sup> Introdotta dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>66</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>67</sup> Introdotta dal n. I 3 della LF del 13 giu. 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3517 6847 n. I; FF **2005** 1839).

<sup>68</sup> Vedi anche le disp. trans. della mod. del 13 giu. 2008 alla fine del presente testo.

<sup>2</sup> I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità.

<sup>5</sup> I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo.

#### **Art. 26** Medicina preventiva

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di determinati esami destinati ad individuare precocemente le malattie nonché misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo. Tali esami o misure preventive sono effettuati o prescritti da un medico.

#### **Art. 27<sup>69</sup>** Infermità congenite

Per le infermità congenite (art. 3 cpv. 2 LPGA<sup>70</sup>) che non sono coperte dall'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

#### **Art. 28** Infortuni

Per gli infortuni ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b<sup>71</sup>, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

#### **Art. 29** Maternità

<sup>1</sup> Oltre ai costi delle prestazioni in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume quelli delle prestazioni specifiche di maternità.

<sup>2</sup> Quest'ultime comprendono:

<sup>69</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>70</sup> RS 830.1

<sup>71</sup> Ora: art. 1a cpv. 2 lett. b

- a. gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da un medico o da una levatrice o prescritti da un medico;
- b.<sup>72</sup> il parto a domicilio, in ospedale o in una casa per partorienti, come pure l'assistenza del medico o della levatrice;
- c. la necessaria consulenza per l'allattamento;
- d.<sup>73</sup> i costi delle cure e della degenza del neonato sano, finché soggiorna con la madre all'ospedale.

**Art. 30<sup>74</sup>** Interruzione non punibile della gravidanza

In caso d'interruzione non punibile della gravidanza ai sensi dell'articolo 119 del Codice penale<sup>75</sup>, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

**Art. 31** Cure dentarie

<sup>1</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie:

- a. se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio; o
- b. se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi; o
- c. se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi.

<sup>2</sup> Essa assume pure i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b<sup>76</sup>.

## Sezione 2: Presupposti e entità dell'assunzione dei costi

**Art. 32** Condizioni

<sup>1</sup> Le prestazioni di cui agli articoli 25–31 devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

<sup>2</sup> L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente.

<sup>72</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>73</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>74</sup> Nuovo testo giusta il n. II della LF del 23 mar. 2001 (Interruzione della gravidanza), in vigore dal 1° ott. 2002 (RU **2002** 2981; FF **1998** 2361 4285).

<sup>75</sup> RS **311.0**

<sup>76</sup> Ora: art. 1a cpv. 2 lett. b



**Art. 33** Designazione delle prestazioni

<sup>1</sup> Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni.

<sup>2</sup> Definisce le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 31 capoverso 1.

<sup>3</sup> Determina in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sono ancora in fase di valutazione.

<sup>4</sup> Nomina commissioni che consulta ai fini della designazione delle prestazioni. Provvede al coordinamento dei lavori di queste commissioni.

<sup>5</sup> Può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1–3.

**Art. 34** Entità

<sup>1</sup> Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli articoli 25–33.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale può decidere che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assuma i costi delle prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 o 29 eseguite all'estero per motivi d'ordine medico. Può designare i casi in cui detta assicurazione assume i costi del parto effettuato all'estero non per motivi d'ordine medico. Può limitare l'assunzione dei costi di prestazioni dispensate all'estero.

**Capitolo 4: Fornitori di prestazioni****Sezione 1: Autorizzazione****Art. 35** Principio

<sup>1</sup> Sono autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i fornitori di prestazioni che adempiono le condizioni giusta gli articoli 36–40.

<sup>2</sup> Sono fornitori di prestazioni:

- a. i medici;
- b. i farmacisti;
- c. i chiropratici;
- d. le levatrici;
- e. le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica e le organizzazioni che le occupano;

- f. i laboratori;
- g. i centri di consegna di mezzi ed apparecchi diagnostici e terapeutici;
- h. gli ospedali;
- i.<sup>77</sup> le case per partorienti;
- k. le case di cura;
- l. gli stabilimenti di cura balneare;
- m.<sup>78</sup> le imprese di trasporto e di salvataggio;
- n.<sup>79</sup> gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici.

#### **Art. 36<sup>80</sup>**      Medici

<sup>1</sup> Sono autorizzati i medici titolari del diploma federale che dispongono di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei medici titolari di un attestato scientifico equivalente.

<sup>3</sup> Per le prestazioni di cui all'articolo 31, i dentisti sono parificati ai medici.

#### **Art. 36a<sup>81</sup>**      Istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici

Sono autorizzati gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate dai corrispettivi medici che adempiono i requisiti di cui all'articolo 36.

#### **Art. 37**      Farmacisti

<sup>1</sup> Sono autorizzati i farmacisti titolari del diploma federale e che possiedono un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei farmacisti titolari di un attestato scientifico equivalente.

<sup>3</sup> I Cantoni stabiliscono le condizioni alle quali i medici autorizzati a condurre una farmacia sono parificati ai farmacisti. Considerano segnatamente le possibilità d'accesso dei pazienti a una farmacia.

<sup>77</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>78</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>79</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>80</sup> Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 giu. 2013 alla fine del presente testo.

<sup>81</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687). Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 giu. 2013 alla fine del presente testo.

**Art. 38<sup>82</sup>** Altri fornitori di prestazioni

Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione per i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere c–g, i e m.<sup>83</sup> Esso sente dapprima i Cantoni e le organizzazioni interessate.

**Art. 39<sup>84</sup>** Ospedali e altri istituti

<sup>1</sup> Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se:

- a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;
- b. dispongono del necessario personale specializzato;
- c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;
- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;
- e. figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati.

<sup>2</sup> I Cantoni coordinano le loro pianificazioni.<sup>85</sup>

<sup>2bis</sup> Nel settore della medicina altamente specializzata i Cantoni approntano insieme una pianificazione per tutta la Svizzera. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni.<sup>86</sup>

<sup>2ter</sup> Il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Sente dapprima i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.<sup>87</sup>

<sup>3</sup> Le condizioni di cui al capoverso 1 si applicano per analogia alle case per partorienti, nonché agli stabilimenti, agli istituti o ai rispettivi reparti che dispensano cure,

<sup>82</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>83</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>84</sup> Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 giu. 2013 alla fine del presente testo.

<sup>85</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>86</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>87</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).<sup>88</sup>

#### **Art. 40** Stabilimenti di cura balneare

<sup>1</sup> Sono autorizzati gli stabilimenti di cura balneare riconosciuti dal Dipartimento.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale stabilisce le condizioni che questi stabilimenti devono soddisfare in materia di direzione medica, personale specializzato necessario, tecniche terapeutiche e fonti termali.

### **Sezione 2: Scelta del fornitore di prestazioni e assunzione dei costi**

#### **Art. 41**

<sup>1</sup> In caso di cura ambulatoriale l'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. L'assicuratore assume i costi al massimo secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni.<sup>89</sup>

<sup>1bis</sup> In caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). In caso di cura ospedaliera in un ospedale figurante nell'elenco, l'assicuratore e il Cantone di domicilio remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio.<sup>90</sup>

<sup>1ter</sup> Il capoverso <sup>1bis</sup> si applica per analogia alle case per partorienti.<sup>91</sup>

<sup>2</sup> Se in caso di cura ambulatoriale, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni.<sup>92</sup>

<sup>3</sup> Se in caso di cura ospedaliera, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale che non figura nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assi-

<sup>88</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>89</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>90</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>91</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>92</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

curatore e il Cantone remunerano la loro quotaparte rispettiva giusta l'articolo 49a. Salvo nei casi d'urgenza, è necessaria un'autorizzazione del Cantone di domicilio.<sup>93</sup>

<sup>3bis</sup> Sono considerati motivi di ordine medico secondo i capoversi 2 e 3 i casi d'urgenza e quelli in cui le prestazioni necessarie non possono essere dispensate:

- a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale;
- b. in un ospedale che figura nell'elenco del Cantone di domicilio, se si tratta di cura ospedaliera.<sup>94</sup>

<sup>4</sup> D'intesa con l'assicuratore, l'assicurato può limitare la propria scelta ai fornitori di prestazioni designati dall'assicuratore secondo criteri finanziariamente più vantaggiosi (art. 62 cpv. 1 e 3). L'assicuratore deve allora assumere solo i costi delle prestazioni effettuate o ordinate da questi fornitori di prestazioni; il capoverso 2 è applicabile per analogia. Le prestazioni obbligatorie per legge sono comunque assicurate.

#### **Art. 41a<sup>95</sup>**      Obbligo di ammissione

<sup>1</sup> Nei limiti dei loro mandati di prestazioni e delle loro capacità, gli ospedali figuranti nell'elenco sono tenuti a garantire la presa a carico di tutti gli assicurati domiciliati nel Cantone di ubicazione dell'ospedale (obbligo di ammissione).

<sup>2</sup> Per gli assicurati domiciliati fuori del Cantone di ubicazione dell'ospedale figurante nell'elenco, l'obbligo di ammissione si applica soltanto nei limiti dei mandati di prestazioni e nei casi d'urgenza.

<sup>3</sup> I Cantoni provvedono affinché l'obbligo di ammissione sia rispettato.

### **Sezione 3: Debitore della remunerazione; fatturazione**

#### **Art. 42**            Principio<sup>96</sup>

<sup>1</sup> Se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti, l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del

<sup>93</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>94</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>95</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>96</sup> Introdotto dal n. I della LF dell'8 ott. 2004 (Strategia globale e compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2005 (RU **2005** 1071; FF **2004** 3803).

terzo garante). In deroga all'articolo 22 capoverso 1 LPGA<sup>97</sup>, tale diritto è cedibile al fornitore di prestazioni.<sup>98</sup>

<sup>2</sup> Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante). In deroga al capoverso 1, in caso di cura ospedaliera l'assicuratore è debitore della sua parte di remunerazione.<sup>99</sup>

<sup>3</sup> Il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante l'assicurato riceve una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore. In caso di cura ospedaliera, l'ospedale attesta separatamente la quotaparte del Cantone e quella dell'assicuratore. Il Consiglio federale disciplina i particolari.<sup>100</sup>

<sup>3bis</sup> I fornitori di prestazioni devono indicare nella fattura di cui al capoverso 3 le diagnosi e le procedure in forma codificata, conformemente alle classificazioni previste nella pertinente edizione svizzera pubblicata dal Dipartimento competente. Il Consiglio federale emana disposizioni d'esecuzione sulla rilevazione, il trattamento e la trasmissione dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità.<sup>101</sup>

<sup>4</sup> L'assicuratore può esigere raggugli supplementari di natura medica.<sup>102</sup>

<sup>5</sup> Il fornitore di prestazioni è legittimato, se le circostanze lo esigono, oppure obbligato in ogni caso, su richiesta dell'assicurato, a fornire le indicazioni di natura medica soltanto al medico di fiducia secondo l'articolo 57.

<sup>6</sup> In deroga all'articolo 29 capoverso 2 LPGA, per rivendicare il diritto alle prestazioni non è necessario alcun formulario.<sup>103</sup>

#### Art. 42a<sup>104</sup> Tessera d'assicurato

<sup>1</sup> Il Consiglio federale può stabilire che ogni assicurato riceva una tessera d'assicurato per il periodo del suo assoggettamento all'assicurazione obbligatoria delle cure

<sup>97</sup> RS 830.1

<sup>98</sup> Per. introdotto dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>99</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU 2008 2049; FF 2004 4903).

<sup>100</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU 2008 2049; FF 2004 4903).

<sup>101</sup> Introdotto dal n. I della LF del 23 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU 2012 4085; FF 2011 6559 6567).

<sup>102</sup> Introdotto dal n. I della LF del 23 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU 2012 4085; FF 2011 6559 6567).

<sup>103</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>104</sup> Introdotto dal n. I della LF dell'8 ott. 2004 (Strategia globale e compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2005 (RU 2005 1071; FF 2004 3803).

medico-sanitarie. Sulla tessera figurano il nome dell'assicurato e il numero d'assicurato dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS).<sup>105</sup>

<sup>2</sup> La tessera dispone di un'interfaccia per l'utente ed è utilizzata per la fatturazione delle prestazioni secondo la presente legge.

<sup>3</sup> Sentite le cerchie interessate, il Consiglio federale disciplina l'introduzione della tessera da parte degli assicuratori e gli standard tecnici da applicare.

<sup>4</sup> Con il consenso dell'assicurato, la tessera contiene dati personali che possono essere consultati elettronicamente dalle persone autorizzate a tal fine. Sentite le cerchie interessate, il Consiglio federale stabilisce l'estensione dei dati che possono essere memorizzati sulla tessera. Disciplina l'accesso ai dati e la loro elaborazione.

## Sezione 4: Tariffe e prezzi

### Art. 43 Principio

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi.

<sup>2</sup> La tariffa è una base di calcolo della remunerazione. In particolare essa può:

- a. fondarsi sul tempo dedicato alla prestazione (tariffa temporale);
- b. attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto (tariffa per singola prestazione);
- c. prevedere remunerazioni forfettarie (tariffa forfettaria);
- d. a titolo eccezionale, sottoporre le remunerazioni di determinate prestazioni, al fine di garantirne la qualità, a condizioni più severe di quelle previste dagli articoli 36–40, quali in particolare l'esistenza delle infrastrutture necessarie e di una formazione di base, di un aggiornamento o di un perfezionamento idonei (esclusione tariffale).

<sup>3</sup> La tariffa forfettaria può riferirsi alla cura del singolo paziente (tariffa forfettaria per paziente) o di gruppi di assicurati (tariffa forfettaria per gruppo d'assicurati). Le tariffe forfettarie per gruppo d'assicurati possono essere stabilite prospettivamente in base a prestazioni fornite in precedenza e a bisogni futuri (stanziamento globale di bilancio prospettivo).

<sup>4</sup> Le tariffe e i prezzi sono stabiliti per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (convenzione tariffale) oppure dalle autorità competenti nei casi previsti dalla legge. Occorre vegliare affinché le convenzioni tariffali siano stabilite secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. Nel caso di convenzioni tra associazioni, prima della loro conclusione devono essere sentite le organizzazioni che rappresentano gli interessi degli assicurati a livello cantonale o federale.

<sup>5</sup> Le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Se le parti alla convenzione non si

<sup>105</sup> Nuovo testo del per. giusta il n.11 dell'all. alla LF del 23 giu. 2006 (Nuovo numero d'assicurato dell'AVS), in vigore dal 1° dic. 2007 (RU 2007 5259; FF 2006 471).

accordano sulla struttura tariffale uniforme, quest'ultima è stabilita dal Consiglio federale.

<sup>5bis</sup> Il Consiglio federale può adeguare la struttura tariffale se quest'ultima si rivela inadeguata e se le parti alla convenzione non si accordano su una sua revisione.<sup>106</sup>

<sup>6</sup> Le parti alla convenzione e le autorità competenti devono vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti.

<sup>7</sup> Il Consiglio federale può stabilire principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate; può anche fissare norme relative all'adeguamento delle tariffe. Esso provvede al coordinamento con gli ordinamenti tariffali delle altre assicurazioni sociali.

#### **Art. 44** Protezione tariffale

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni devono attenersi alle tariffe e ai prezzi stabiliti dalla convenzione o dall'autorità competente; non possono esigere remunerazioni superiori per prestazioni previste dalla presente legge (protezione tariffale). È salva la disposizione sulla remunerazione dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 3).

<sup>2</sup> Il fornitore di prestazioni che rifiuta di fornire prestazioni conformemente alla presente legge deve dichiararlo all'organo designato dal governo cantonale (ricusa). In tal caso non ha alcun diritto a remunerazioni ai sensi della presente legge. Se l'assicurato si rivolge a un tale fornitore di prestazioni, questi deve previamente avvertirlo della propria ricusa.

#### **Art. 45** Garanzia del trattamento

Se la cura degli assicurati secondo la presente legge non è più garantita causa la ricusa di fornitori di prestazioni, il governo cantonale provvede a garantirla. La protezione tariffale vige anche in questo caso. Il Consiglio federale può emanare disposizioni dettagliate.

#### **Art. 46** Convenzione tariffale

<sup>1</sup> Le parti a una convenzione tariffale sono, da un lato, uno o più fornitori di prestazioni o federazioni di fornitori di prestazioni e, d'altro lato, uno o più assicuratori o federazioni d'assicuratori.

<sup>2</sup> Se una delle parti alla convenzione è una federazione, la convenzione vincola i membri della federazione solo se hanno aderito alla convenzione. I non membri esercitanti nel territorio previsto dalla convenzione possono parimenti aderire a quest'ultima. La convenzione può prevedere un loro equo contributo alle spese per la sua stipulazione e per la sua esecuzione. La convenzione disciplina le modalità in materia d'adesione e di desistenza e relative pubblicazioni.

<sup>106</sup> Introdotta dal n. I della LF del 23 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU 2012 4085; FF 2011 6559 6567).



<sup>3</sup> Sono in particolare inammissibili e dunque nulli i seguenti provvedimenti, indipendentemente dal fatto che essi siano contenuti in una convenzione tariffale, in contratti separati o in disciplinamenti:

- a. il divieto ai membri della federazione di concludere convenzioni separate;
- b. l'obbligo ai membri della federazione di aderire alle convenzioni esistenti;
- c. il divieto di concorrenza fra i membri della federazione;
- d. i trattamenti di favore e le clausole di esclusività.

<sup>4</sup> La convenzione tariffale dev'essere approvata dal governo cantonale competente oppure, se valevole per tutta la Svizzera, dal Consiglio federale. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità.

<sup>5</sup> Il termine di disdetta di una convenzione tariffale o di desistenza ai sensi del capoverso 2 è di almeno sei mesi.

#### **Art. 47** Assenza di convenzione tariffale

<sup>1</sup> Se nessuna convenzione tariffale può essere stipulata tra fornitori di prestazioni e assicuratori, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la tariffa.

<sup>2</sup> Se non esiste alcuna convenzione tariffale per la cura ambulatoriale dell'assicurato fuori del suo luogo di domicilio o di lavoro o fuori dei relativi dintorni oppure per la cura ospedaliera dell'assicurato fuori del suo Cantone di domicilio, il governo del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente stabilisce la tariffa.<sup>107</sup>

<sup>3</sup> Se i fornitori di prestazioni e gli assicuratori non s'accordano sul rinnovo d'una convenzione tariffale, il governo cantonale può prorogarla di un anno. Se nessuna convenzione è stata stipulata entro questo termine, il governo cantonale, consultate le parti interessate, stabilisce la tariffa.

#### **Art. 48** Convenzioni tariffali con associazioni di medici

<sup>1</sup> All'approvazione di una convenzione tariffale con una o più associazioni di medici, l'autorità che approva (art. 46 cpv. 4), sentite le parti alla convenzione, stabilisce una tariffa limite i cui tassi minimi devono essere inferiori e i tassi massimi superiori a quelli della tariffa convenzionale approvata.

<sup>2</sup> La tariffa limite è applicabile alla scadenza della convenzione tariffale. Trascorso un anno dalla scadenza della convenzione, l'autorità che approva può stabilire una nuova tariffa limite senza tener conto della tariffa convenzionale anteriore.

<sup>3</sup> Se una convenzione tariffale con un'associazione di medici non può essere stipulata sin dall'inizio, l'autorità che approva può, a domanda delle parti, stabilire una tariffa limite.

<sup>107</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU 2008 2049; FF 2004 4903).

<sup>4</sup> Per le parti che hanno stipulato una nuova convenzione tariffale, la tariffa limite decade con l'approvazione della convenzione.

#### **Art. 49<sup>108</sup>** Convenzioni tariffali con gli ospedali

<sup>1</sup> Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza e le cure in ospedale (art. 39 cpv. 1) o in una casa per partorienti (art. 29), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari.<sup>109</sup> Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso. Essi si rifanno alle prestazioni e si basano su strutture uniformi per tutta la Svizzera. Le parti alla convenzione possono convenire che prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente. Le tariffe ospedaliere si rifanno alla remunerazione degli ospedali che forniscono la prestazione tariffata assicurata obbligatoriamente, nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso.

<sup>2</sup> I partner tariffali istituiscono insieme ai Cantoni un'organizzazione competente per l'elaborazione, lo sviluppo, l'adeguamento e la manutenzione delle strutture. Per finanziare dette attività può essere riscosso un contributo a copertura dei costi per ogni caso fatturato. Gli ospedali devono fornire all'organizzazione i dati necessari a tal fine relativi ai costi e alle prestazioni. Se siffatta organizzazione manca, il Consiglio federale la istituisce in modo vincolante per i partner tariffali. I partner tariffali sottopongono per approvazione al Consiglio federale le strutture elaborate dall'organizzazione e i loro adeguamenti. Se i partner tariffali non si accordano, le strutture sono stabilite dal Consiglio federale.<sup>110</sup>

<sup>3</sup> Le remunerazioni di cui al capoverso 1 non comprendono le partecipazioni ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Dette prestazioni comprendono segnatamente:

- a. il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale;
- b. la ricerca e l'insegnamento universitario.

<sup>4</sup> In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata secondo la tariffa ospedaliera ai sensi del capoverso 1 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50.

<sup>5</sup> Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1 e 4 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo alle prestazioni secondo la presente legge.

<sup>6</sup> Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per la cura ambulatoriale.

<sup>7</sup> Gli ospedali dispongono di strumenti di gestione adeguati; in particolare, per calcolare i propri costi di gestione e di investimento e per registrare le proprie prestazioni

<sup>108</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>109</sup> Nuovo testo giusta il n. I 3 della LF del 13 giu. 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3517 6847 n. I; FF **2005** 1839).

<sup>110</sup> Vedi anche il cpv. 1 delle disp. fin. della modifica del 22 ott. 2008 (RS **832.102**).

tengono una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni secondo un metodo uniforme. Questi strumenti contengono tutti i dati necessari per valutare l'economicità, per effettuare comparazioni tra ospedali, per la tariffazione e per la pianificazione ospedaliera. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti.

<sup>8</sup> In collaborazione con i Cantoni, il Consiglio federale ordina comparazioni tra ospedali a livello svizzero in particolare sui costi e la qualità dei risultati medici. Gli ospedali e i Cantoni devono fornire a tal fine i documenti necessari. Il Consiglio federale pubblica le comparazioni tra ospedali.

**Art. 49a<sup>111</sup>** Remunerazione delle prestazioni ospedaliere

<sup>1</sup> Le remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 1 sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quotaparte rispettiva.

<sup>2</sup> Il Cantone fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

<sup>3</sup> Il Cantone di domicilio versa la sua quotaparte direttamente all'ospedale. Le modalità vengono concordate tra l'ospedale e il Cantone. L'assicuratore e il Cantone possono convenire che il Cantone paghi la sua quotaparte all'assicuratore e che quest'ultimo versi entrambe le quote parti all'ospedale. La fatturazione tra l'ospedale e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42.

<sup>4</sup> Con gli ospedali o con le case per partorienti che non figurano nell'elenco ospedaliero secondo l'articolo 39, ma che adempiono le condizioni di cui agli articoli 38 e 39 capoverso 1 lettere a–c, gli assicuratori possono concludere convenzioni sulla remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Detta remunerazione non può essere superiore alla quotaparte secondo il capoverso 2.

**Art. 50<sup>112</sup>** Assunzione delle spese in casa di cura

Per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a. I capoversi 7 e 8 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia.

<sup>111</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>112</sup> Nuovo testo giusta il n. I 3 della LF del 13 giu. 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3517 6847 n. I; FF **2005** 1839).

**Art. 51** Stanziamento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura

<sup>1</sup> Quale strumento di gestione delle finanze, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura. È fatta salva la ripartizione dei costi secondo l'articolo 49a.<sup>113</sup>

<sup>2</sup> Il Cantone sente dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

**Art. 52** Analisi e medicinali, mezzi e apparecchi

<sup>1</sup> Sentite le competenti commissioni e conformemente ai principi di cui agli articoli 32 capoverso 1 e 43 capoverso 6:

- a. il Dipartimento emana:
  1. un elenco delle analisi con tariffa;
  2. un elenco, con tariffa, dei preparati e delle sostanze attive e ausiliarie impiegati per la prescrizione magistrale; la tariffa comprende anche le prestazioni del farmacista;
  3. disposizioni sull'obbligo d'assunzione delle prestazioni e sull'entità della remunerazione di mezzi e d'apparecchi diagnostici e terapeutici;
- b. l'Ufficio federale appronta un elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati, con l'indicazione dei prezzi (elenco delle specialità). Tale elenco deve contenere anche i prodotti generici a prezzi più vantaggiosi che possono sostituire i preparati originali.

<sup>2</sup> In materia di infermità congenite (art. 3 cpv. 2 LPGA<sup>114</sup>), le terapie che figurano nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità sono riprese nelle disposizioni e negli elenchi allestiti secondo il capoverso 1.<sup>115</sup>

<sup>3</sup> Le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici possono essere fatturati al massimo secondo le tariffe, i prezzi e i tassi di remunerazione ai sensi del capoverso 1. Il Consiglio federale designa le analisi effettuate nel laboratorio del medico, per le quali la tariffa può essere stabilita secondo gli articoli 46 e 48.

**Art. 52a**<sup>116</sup> Diritto di sostituzione

Se il medico oppure il chiropratico non esigono esplicitamente la consegna del preparato originale, il farmacista può sostituire preparati originali dell'elenco delle specialità con i prodotti generici di questo stesso elenco a prezzi più vantaggiosi. In questo caso, comunica al medico o al chiropratico che ha fatto la ricetta quale preparato è stato effettivamente fornito.

<sup>113</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>114</sup> RS **830.1**

<sup>115</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>116</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

**Art. 53**<sup>117</sup> Ricorso al Tribunale amministrativo federale

<sup>1</sup> Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1–3, 51, 54, 55 e 55a può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale.

<sup>2</sup> La procedura di ricorso è retta dalla legge del 17 giugno 2005<sup>118</sup> sul Tribunale amministrativo federale e dalla legge federale del 20 dicembre 1968<sup>119</sup> sulla procedura amministrativa (PA). Sono fatte salve le eccezioni seguenti:

- a. nuovi fatti e nuovi mezzi di prova possono essere adottati soltanto se ne dà adito la decisione impugnata; nuove conclusioni non sono ammissibili;
- b. gli articoli 22a e 53 PA non sono applicabili;
- c. il termine fissato dal Tribunale amministrativo federale per presentare eventuali osservazioni è di 30 giorni al massimo; questo termine non può essere prorogato;
- d. di norma non si procede a un ulteriore scambio di scritti secondo l'articolo 57 capoverso 2 PA;
- e. nelle procedure di ricorso contro le decisioni prese conformemente all'articolo 39 non può essere invocata l'inadeguatezza.

**Sezione 5:****Misure straordinarie destinate a contenere l'evoluzione dei costi****Art. 54** Stanziamento globale di bilancio da parte dell'autorità che approva

<sup>1</sup> Gli assicuratori possono chiedere al Cantone di stabilire un importo complessivo (stanziamento globale di bilancio), per finanziare gli ospedali o le case di cura, quale provvedimento straordinario e temporaneo per limitare un aumento dei costi al di sopra della media.

<sup>2</sup> Il Cantone deve decidere in merito all'entrata in materia entro tre mesi dalla presentazione della proposta. Consulta preventivamente le istituzioni e gli assicuratori.

**Art. 55** Fissazione di tariffe da parte dell'autorità che approva

<sup>1</sup> Se, per le cure ambulatoriali o in ospedale, i costi medi per assicurato e per anno nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie aumentano almeno del doppio rispetto alla media dei prezzi e dei salari, l'autorità competente può ordinare che le tariffe o i prezzi di tutte o di una parte delle prestazioni non possano essere aumentati, fino a che la differenza relativa del tasso di crescita annuo è di oltre il 50 per cento rispetto all'evoluzione generale dei prezzi e dei salari.

<sup>2</sup> È competente:

<sup>117</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU 2008 2049; FF 2004 4903).

<sup>118</sup> RS 173.32

<sup>119</sup> RS 172.021

- a. il Consiglio federale, per le convenzioni tariffali da esso approvate giusta l'articolo 46 capoverso 4;
- b. il Dipartimento, per le tariffe e i prezzi di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera a numeri 1 e 2 nonché lettera b;
- c. il governo cantonale, per le convenzioni tariffali da esso approvate giusta l'articolo 46 capoverso 4.

**Art. 55a<sup>120</sup>** Limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie

<sup>1</sup> Il Consiglio federale può far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie delle persone seguenti:

- a. i medici di cui all'articolo 36 che esercitano un'attività dipendente o indipendente;
- b. i medici che esercitano in istituti di cui all'articolo 36a o nel settore ambulatoriale degli ospedali di cui all'articolo 39.

<sup>2</sup> Non è subordinata all'esistenza di un bisogno l'autorizzazione delle persone che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale fissa i criteri che permettono di stabilire l'esistenza di un bisogno dopo aver sentito i Cantoni, le federazioni dei fornitori di prestazioni, le federazioni degli assicuratori e le associazioni dei pazienti.

<sup>4</sup> I Cantoni designano le persone di cui al capoverso 1. Possono subordinare la loro autorizzazione a condizioni.

<sup>5</sup> L'autorizzazione decade se il suo titolare non la utilizza entro un dato termine, salvo in caso di motivi giustificati quali malattia, maternità o perfezionamento. Il Consiglio federale fissa il termine applicabile.

## **Sezione 6: Controllo dell'economicità e della qualità delle prestazioni**

**Art. 56** Economicità delle prestazioni

<sup>1</sup> Il fornitore di prestazioni deve limitare le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

<sup>2</sup> La remunerazione può essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite. Al fornitore di prestazioni può essere richiesta la restituzione di remunerazioni ai sensi della presente legge ottenute indebitamente. Possono chiedere la restituzione:

<sup>120</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687). Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 giu. 2013 (Reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno), in vigore dal 1° lug. 2013 sino al 30 giugno 2016 (RU 2013 2065; FF 2012 8289).

- a. nel sistema del terzo garante (art. 42 cpv. 1), l'assicurato oppure, giusta l'articolo 89 capoverso 3, l'assicuratore;
- b. nel sistema del terzo pagante (art. 42 cpv. 2), l'assicuratore.

<sup>3</sup> Il fornitore di prestazioni deve fare usufruire il debitore della remunerazione di sconti diretti o indiretti che ha ottenuti:

- a. da un altro fornitore di prestazioni cui ha conferito mandato;
- b. da persone o enti fornitori di medicinali o di mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici.

<sup>4</sup> Se il fornitore di prestazioni disattende questo obbligo, l'assicurato o l'assicuratore possono esigere la restituzione dello sconto.

<sup>5</sup> I fornitori di prestazioni e gli assicuratori prevedono nelle convenzioni tariffali misure destinate a garantire l'economicità delle prestazioni. Essi vegliano in particolare affinché sia evitata una ripetizione inutile di atti diagnostici, quando l'assicurato consulta più fornitori di prestazioni.

<sup>6</sup> I fornitori di prestazioni e gli assicuratori stabiliscono mediante contratto un metodo di controllo dell'economicità delle prestazioni.<sup>121</sup>

#### **Art. 57**          Medici di fiducia

<sup>1</sup> Gli assicuratori o le rispettive federazioni designano, d'intesa con le società mediche cantonali, i medici di fiducia. Questi devono soddisfare le condizioni d'autorizzazione ai sensi dell'articolo 36 e avere inoltre, durante almeno cinque anni, esercitato presso uno studio medico o rivestito una funzione medica direttiva in un ospedale.

<sup>2</sup> I medici di fiducia abilitati ad esercitare in tutta la Svizzera devono essere designati d'intesa con la società medica del Cantone in cui si trova la sede principale dell'assicuratore o la sede della federazione degli assicuratori.

<sup>3</sup> Una società medica cantonale può ricusare per gravi motivi un medico di fiducia; in tal caso statuisce in merito il tribunale arbitrale giusta l'articolo 89.

<sup>4</sup> Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore.

<sup>5</sup> Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni.

<sup>6</sup> I fornitori di prestazioni devono trasmettere ai medici di fiducia le informazioni necessarie per l'adempimento dei compiti ai sensi del capoverso 4. Se non è possibile ottenerle altrimenti, il medico di fiducia può esaminare personalmente l'assicurato; ne deve prima informare il medico curante e comunicargli il risultato dell'esame. Tuttavia, in casi debitamente motivati, l'assicurato può esigere che l'esame di

<sup>121</sup> Introdotta dal n. I della LF del 23 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2012** 4087; FF **2011** 2301 2311). Vedi anche la disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

controllo sia effettuato da un altro medico. Se l'assicurato non si accorda in merito con l'assicuratore, la decisione spetta, in deroga all'articolo 58 capoverso 1 LPG<sup>122</sup>, al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89.<sup>123</sup>

<sup>7</sup> I medici di fiducia trasmettono agli organi competenti degli assicuratori unicamente le indicazioni necessarie per decidere l'assunzione delle prestazioni, stabilire la remunerazione, calcolare la compensazione dei rischi o motivare una decisione. Ciò facendo salvaguardano i diritti della personalità degli assicurati.<sup>124</sup>

<sup>8</sup> Le associazioni centrali svizzere dei medici e degli assicuratori disciplinano la trasmissione delle indicazioni ai sensi del capoverso 7, come pure la formazione permanente e lo statuto dei medici di fiducia. Se non giungono ad un accordo, il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

#### **Art. 58** Garanzia della qualità

<sup>1</sup> Sentite le organizzazioni interessate, il Consiglio federale può prevedere controlli scientifici e sistematici al fine di garantire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>2</sup> Ne può affidare l'esecuzione ad associazioni professionali o ad altre istituzioni.

<sup>3</sup> Stabilisce le norme intese a garantire o a ristabilire la qualità e l'impiego appropriato delle prestazioni. Può segnatamente ordinare che:

- a. prima dell'esecuzione di determinate misure diagnostiche o terapeutiche, segnatamente quelle particolarmente onerose, debba essere ottenuto il consenso del medico di fiducia;
- b. misure diagnostiche o terapeutiche particolarmente onerose o difficili siano assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie soltanto se dispensate da fornitori di prestazioni qualificati. Esso può determinare più dettagliatamente questi fornitori di prestazioni.

#### **Art. 59**<sup>125</sup> Violazione delle condizioni relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni

<sup>1</sup> Contro i fornitori di prestazioni che violano le condizioni di economicità e qualità previste nella presente legge (art. 56 e 58) o clausole contrattuali vengono prese sanzioni. Le sanzioni consistono:

- a. nell'ammonizione;
- b. nella restituzione in tutto od in parte dell'onorario percepito per prestazioni inadeguate;

#### <sup>122</sup> **RS 830.1**

<sup>123</sup> Nuovo testo del per. giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>124</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4755; FF **2004** 4903).

<sup>125</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF dell'8 ott. 2004 (Strategia globale e compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2005 (RU **2005** 1071; FF **2004** 3803).



- c. nella multa; nonché
- d. in caso di recidiva, nell'esclusione temporanea o definitiva dall'attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>2</sup> La decisione in merito alle sanzioni è presa dal tribunale arbitrale secondo l'articolo 89, ad istanza di un assicuratore o di una federazione di assicuratori.

<sup>3</sup> Costituiscono violazione delle condizioni legali o delle clausole contrattuali secondo il capoverso 1 segnatamente:

- a. l'inosservanza dell'imperativo di economicità secondo l'articolo 56 capoverso 1;
- b. l'inadempimento o il non corretto adempimento dell'obbligo d'informazione secondo l'articolo 57 capoverso 6;
- c. il rifiuto di partecipare a misure di garanzia della qualità secondo l'articolo 58;
- d. l'inosservanza della protezione tariffale secondo l'articolo 44;
- e. il fatto di non aver traslato sconti secondo l'articolo 56 capoverso 3;
- f. la manipolazione fraudolenta di conteggi o il rilascio di attestati inveritieri.

## Capitolo 5: Finanziamento

### Sezione 1: Sistema finanziario e esposizione dei conti

#### Art. 60

<sup>1</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese. Gli assicuratori costituiscono riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la solvibilità a lungo termine.

<sup>2</sup> Il finanziamento dev'essere autosufficiente. Nel bilancio, gli assicuratori devono esporre separatamente gli accantonamenti e le riserve per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>3</sup> Gli assicuratori tengono un conto d'esercizio distinto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'anno contabile corrisponde all'anno civile. I premi e le prestazioni concernenti i casi di malattia e d'infortunio devono essere indicati separatamente.

<sup>4</sup> Per ogni esercizio, gli assicuratori allestiscono un rapporto di gestione composto del rapporto annuale e del conto annuale. Il Consiglio federale stabilisce in quali casi deve essere allestito anche un conto di gruppo.<sup>126</sup>

<sup>126</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF dell'8 ott. 2004 (Strategia globale e compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2005 (RU 2005 1071; FF 2004 3803).

<sup>5</sup> Il rapporto di gestione deve essere allestito secondo le norme del Codice delle obbligazioni<sup>127</sup> concernenti la società anonima e secondo le disposizioni della presente legge.<sup>128</sup>

<sup>6</sup> Il Consiglio federale emana le disposizioni necessarie, segnatamente sulla tenuta della contabilità, l'esposizione e il controllo dei conti, il rapporto di gestione, la costituzione delle riserve e i collocamenti di capitale. Stabilisce come il rapporto di gestione deve essere pubblicato o reso accessibile al pubblico.<sup>129</sup>

## Sezione 2: Premi degli assicurati

### Art. 61 Principi

<sup>1</sup> L'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la presente legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali.

<sup>2</sup> L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. L'Ufficio federale stabilisce in modo unitario le regioni per l'insieme degli assicuratori.<sup>130</sup>

<sup>3</sup> Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto i 18 anni (minorenni), l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto i 25 anni (giovani adulti).<sup>131</sup>

<sup>3bis</sup> Il Consiglio federale può stabilire le riduzioni di premio di cui al capoverso 3.<sup>132</sup>

<sup>4</sup> Per gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia i premi sono calcolati in funzione dello Stato di residenza. Il Consiglio federale emana prescrizioni sulla determinazione e l'incasso dei premi di questi assicurati.<sup>133</sup>

<sup>5</sup> L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale. Prima dell'approvazione, i Cantoni

<sup>127</sup> RS 220

<sup>128</sup> Introdotto dal n. I della LF dell'8 ott. 2004 (Strategia globale e compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2005 (RU 2005 1071; FF 2004 3803).

<sup>129</sup> Introdotto dal n. I della LF dell'8 ott. 2004 (Strategia globale e compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2005 (RU 2005 1071; FF 2004 3803).

<sup>130</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687).

<sup>131</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 18 mar. 2005 (Riduzione dei premi), in vigore dal 1° gen. 2006 (RU 2005 3587; FF 2004 3869).

<sup>132</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687).

<sup>133</sup> Introdotto dal n. I 9 della LF dell'8 ott. 1999 concernente l'Acc. tra la Confederazione Svizzera da una parte e la CE ed i suoi Stati membri dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (RU 2002 701; FF 1999 5092). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 4 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AEELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 685; FF 2001 4435).

possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione; la procedura d'approvazione non deve esserne ritardata.<sup>134</sup>

**Art. 61a**<sup>135</sup> Riscossione dei premi degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia

I premi dei familiari di una persona assicurata in virtù di un'attività lucrativa esercitata in Svizzera o perché percepisce una rendita svizzera o una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione sono riscossi presso questa persona.

**Art. 62** Forme particolari d'assicurazione

<sup>1</sup> L'assicuratore può ridurre i premi delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale può autorizzare l'esercizio di altre forme di assicurazione, in particolare quelle per le quali:

- a. l'assicurato assume partecipazioni ai costi superiori a quelle previste nell'articolo 64, beneficiando di una riduzione del premio;
- b. l'ammontare del premio dell'assicurato dipende dall'ottenimento o meno di prestazioni assicurative durante un determinato periodo.

<sup>2bis</sup> La partecipazione ai costi e la perdita delle riduzioni di premio in caso di forme particolari d'assicurazione di cui al capoverso 2 non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. È parimenti vietato ad associazioni, fondazioni o altre istituzioni prevedere l'assunzione dei costi derivanti da simili forme di assicurazione. Questo divieto non si applica all'assunzione dei costi in virtù di disposizioni di diritto pubblico federale o cantonale.<sup>136</sup>

<sup>3</sup> Il Consiglio federale disciplina in dettaglio le forme particolari d'assicurazione. Stabilisce segnatamente, in base alle necessità dell'assicurazione, i limiti massimi di riduzione dei premi e i limiti minimi dei supplementi di premio. Rimane in tutti i casi salva la compensazione dei rischi secondo l'articolo 105.

**Art. 63** Indennizzo di terzi

<sup>1</sup> L'assicuratore versa un congruo indennizzo per l'associazione di datori di lavoro o di lavoratori oppure per un'autorità d'assistenza che assumono compiti nell'ambito dell'esecuzione dell'assicurazione malattie. In deroga all'articolo 28 capoverso 1

<sup>134</sup> Per. introdotto dal n. I della LF del 18 dic. 1998, in vigore dal 1° lug. 1999 (RU 1999 2041; FF 1998 940 946). Originario cpv. 4.

<sup>135</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU 2002 858; FF 2000 3537). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 685; FF 2001 4435).

<sup>136</sup> Introdotto dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

LPGA<sup>137</sup>, tale norma è applicabile anche se questi sono assunti da un datore di lavoro.<sup>138</sup>

<sup>2</sup> Il Consiglio federale stabilisce i limiti massimi dell'indennizzo di cui al capoverso 1.

### Sezione 3: Partecipazione ai costi

#### Art. 64

<sup>1</sup> Gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute.

<sup>2</sup> La partecipazione ai costi comprende:

- a. un importo fisso per anno (franchigia); e
- b. il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale).

<sup>3</sup> Il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale.

<sup>4</sup> Per gli assicurati fino ai 18 anni compiuti non è dovuta alcuna franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale è dimezzato. Più componenti di una stessa famiglia di età inferiore a 18 anni compiuti, assicurati dal medesimo assicuratore, pagano complessivamente al massimo la franchigia e l'importo massimo dell'aliquota percentuale di un adulto.

<sup>5</sup> Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.

<sup>6</sup> Il Consiglio federale può:

- a. prevedere una partecipazione ai costi più alta per determinate prestazioni;
- b. ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per cure di lunga durata e per cura di affezioni gravi;
- c. sopprimere la partecipazione ai costi per assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4, se la stessa risulta inappropriata;
- d.<sup>139</sup> escludere dalla franchigia singole misure di prevenzione. Si tratta di misure attuate nel quadro di programmi di prevenzione in scala nazionale o cantonale.

<sup>7</sup> L'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per:

- a. le prestazioni di cui all'articolo 29 capoverso 2;

<sup>137</sup> RS 830.1

<sup>138</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>139</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687).

- b. le prestazioni di cui agli articoli 25 e 25a, fornite a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.<sup>140</sup>

<sup>8</sup> Le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato. È parimenti vietato ad associazioni, fondazioni o altre istituzioni prevedere l'assunzione dei costi derivanti da simili forme di assicurazione. Questo divieto non si applica all'assunzione dei costi in virtù di disposizioni di diritto pubblico federale o cantonale.<sup>141</sup>

### Sezione 3a:<sup>142</sup>

#### Mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi

##### Art. 64a<sup>143</sup>

<sup>1</sup> Se l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, deve diffidarlo assegnandogli un termine supplementare di 30 giorni e indicandogli le conseguenze della mora (cpv. 2).

<sup>2</sup> Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione. Il Cantone può esigere che l'assicuratore comunichi all'autorità cantonale competente il nome dei debitori escussi.

<sup>3</sup> L'assicuratore comunica all'autorità cantonale competente il nome degli assicurati interessati nonché, per ogni debitore, l'importo complessivo dei crediti relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (premi e partecipazioni ai costi in arretrato, interessi di mora e spese di esecuzione) per i quali, durante il periodo considerato, è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente. L'assicuratore chiede all'organo di revisione designato dal Cantone di confermare l'esattezza dei dati che ha comunicato al Cantone e trasmette la conferma a quest'ultimo.

<sup>4</sup> Il Cantone assume l'85 per cento dei crediti oggetto della comunicazione di cui al capoverso 3.<sup>144</sup>

<sup>5</sup> L'assicuratore conserva gli attestati di carenza di beni e i titoli equivalenti sino al pagamento integrale dei crediti in arretrato. Non appena l'assicurato ha saldato in

<sup>140</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 giu. 2013, in vigore dal 1° mar. 2014 (RU 2014 387; FF 2013 2105 2115).

<sup>141</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>142</sup> Introdotta dal n. I della LF del 18 mar. 2005 (Riduzione dei premi), in vigore dal 1° gen. 2006 (RU 2005 3587; FF 2004 3869).

<sup>143</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 19 mar. 2010, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU 2011 3523; FF 2009 5757 5771).

<sup>144</sup> Vedi anche la disp. trans. della mod. del 19 mar. 2010 alla fine del presente testo.

tutto o in parte il debito verso l'assicuratore, questi restituisce al Cantone il 50 per cento dell'importo ricevuto dall'assicurato.

<sup>6</sup> In deroga all'articolo 7, l'assicurato in mora non può cambiare assicuratore finché non ha pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4.

<sup>7</sup> Gli assicurati che nonostante l'esecuzione non pagano i premi possono essere registrati dai Cantoni in un elenco accessibile unicamente ai fornitori di prestazioni, ai Comuni e al Cantone interessato. Su notificazione del Cantone, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica, e informa l'autorità cantonale competente della sospensione delle prestazioni e dell'annullamento di tale sospensione dopo il pagamento dei crediti in arretrato da parte degli assicurati.

<sup>8</sup> Il Consiglio federale stabilisce i compiti dell'organo di revisione e designa i titoli considerati equivalenti all'attestato di carenza di beni. Disciplina le modalità relative alla procedura di diffida e di esecuzione, alla comunicazione dei dati ai Cantoni da parte degli assicuratori, nonché ai versamenti dei Cantoni agli assicuratori.

<sup>9</sup> Il Consiglio federale emana disposizioni relative al mancato pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi per le persone tenute ad assicurarsi residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.

#### Sezione 4: Riduzione dei premi mediante sussidi dell'ente pubblico

**Art. 65<sup>145</sup>** Riduzione dei premi da parte dei Cantoni

<sup>1</sup> I Cantoni accordano riduzioni dei premi agli assicurati di condizione economica modesta. Versano l'importo per la riduzione del premio direttamente agli assicuratori presso i quali queste persone sono assicurate. Il Consiglio federale può estendere la cerchia degli aventi diritto a persone tenute ad assicurarsi che non hanno il domicilio in Svizzera, ma che vi soggiornano per un lungo periodo.<sup>146</sup>

<sup>1bis</sup> Per i redditi medi e bassi i Cantoni riducono di almeno il 50 per cento i premi dei minorenni e dei giovani adulti in periodo di formazione.<sup>147</sup>

<sup>145</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU 2000 2305; FF 1999 687). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>146</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 19 mar. 2010, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU 2011 3523; FF 2009 5757 5771). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>147</sup> Introdotta dal n. I della LF del 18 mar. 2005 (Riduzione dei premi), in vigore dal 1° gen. 2006 (RU 2005 3587; FF 2004 3869). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

<sup>2</sup> Lo scambio di dati fra i Cantoni e gli assicuratori avviene sulla base di uno standard uniforme. Il Consiglio federale disciplina le modalità dopo aver sentito i Cantoni e gli assicuratori.<sup>148</sup>

<sup>3</sup> I Cantoni provvedono affinché nell'esame delle condizioni d'ottenimento vengano considerate, su richiesta particolare dell'assicurato, le circostanze economiche e familiari più recenti. Stabilita la cerchia dei beneficiari, i Cantoni vegliano affinché il versamento delle riduzioni di premio avvenga in modo che i beneficiari non debbano adempiere in anticipo il loro obbligo di pagare i premi.

<sup>4</sup> I Cantoni informano regolarmente gli assicurati del loro diritto alla riduzione dei premi.

<sup>4bis</sup> Il Cantone comunica all'assicuratore il nome degli assicurati che hanno diritto a una riduzione dei premi e l'importo della riduzione con un anticipo sufficiente, affinché gli assicuratori possano tenere conto della riduzione al momento della fatturazione dei premi. L'assicuratore informa gli aventi diritto dell'importo effettivo della riduzione al più tardi in occasione della fatturazione successiva.<sup>149</sup>

<sup>5</sup> In caso di riduzione dei premi, gli assicuratori sono tenuti a collaborare oltre quanto previsto dalle disposizioni concernenti l'assistenza amministrativa e giudiziaria di cui all'articolo 82.<sup>150</sup>

<sup>6</sup> I Cantoni forniscono alla Confederazione dati anonimi concernenti gli assicurati beneficiari, così da permetterle di verificare l'attuazione degli scopi di politica sociale e familiare. Il Consiglio federale emana le necessarie prescrizioni.<sup>151</sup>

**Art. 65a<sup>152</sup>** Riduzione dei premi da parte dei Cantoni a favore degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia

I Cantoni accordano riduzioni dei premi ai seguenti assicurati di condizioni economiche modeste che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia:

- a. ai frontalieri e ai loro familiari;
- b. ai familiari dei dimoranti temporanei, dei dimoranti annuali e dei domiciliati;
- c. ai beneficiari di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione e ai loro familiari.

<sup>148</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 19 mar. 2010, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 3523; FF **2009** 5757 5771).

<sup>149</sup> Introdotto dal n. I della LF del 19 mar. 2010, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 3523; FF **2009** 5757 5771).

<sup>150</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 19 mar. 2010, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 3523; FF **2009** 5757 5771).

<sup>151</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 18 mar. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2005** 3587; FF **2004** 3869).

<sup>152</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537). Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 685; FF **2001** 4435).

**Art. 66**<sup>153</sup> Sussidio della Confederazione

<sup>1</sup> La Confederazione accorda annualmente ai Cantoni un sussidio per la riduzione dei premi a tenore degli articoli 65 e 65a.

<sup>2</sup> Il sussidio della Confederazione corrisponde al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale stabilisce la quota che spetta a ciascun Cantone in base alla sua popolazione residente e al numero di assicurati secondo l'articolo 65a lettera a.

**Art. 66a**<sup>154</sup> Riduzione dei premi da parte della Confederazione a favore degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia<sup>155</sup>

<sup>1</sup> La Confederazione accorda riduzioni dei premi agli assicurati di condizioni economiche modeste che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che beneficiano di una rendita svizzera; la riduzione è accordata anche ai loro familiari assicurati in Svizzera.<sup>156</sup>

<sup>2</sup> La Confederazione assume il finanziamento dei sussidi per la riduzione dei premi agli assicurati di cui al capoverso 1.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale disciplina la procedura.

**Titolo terzo:**  
**Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera****Art. 67** Adesione

<sup>1</sup> Le persone domiciliate in Svizzera o che vi esercitano un'attività lucrativa e aventi compiuto i 15 anni ma non ancora i 65 anni possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera con un assicuratore ai sensi dell'articolo 68.

<sup>2</sup> Esse possono scegliere un assicuratore diverso da quello scelto per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

<sup>3</sup> L'assicurazione d'indennità giornaliera può essere stipulata nella forma d'assicurazione collettiva. Le assicurazioni collettive possono essere stipulate da:

- a. datori di lavoro, per sé stessi e per i propri dipendenti;

<sup>153</sup> Nuovo testo giusta il n. II 26 della LF del 6 ott. 2006 sulla nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU 2007 5779; FF 2005 5349).

<sup>154</sup> Introdotto dal n. I della LF del 6 ott. 2000, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 858; FF 2000 3537).

<sup>155</sup> Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 685; FF 2001 4435).

<sup>156</sup> Nuovo testo giusta il n. I 8 della LF del 14 dic. 2001 relativa alle disposizioni concernenti la libera circolazione delle persone dell'Acc. di emendamento della Conv. istitutiva dell'AELS, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 685; FF 2001 4435).



- b. associazioni di datori di lavoro o associazioni professionali, per i propri membri e per i dipendenti dei loro membri;
- c. associazioni di dipendenti, per i propri membri.

**Art. 68** Assicuratori

<sup>1</sup> Gli assicuratori ai sensi dell'articolo 11 devono ammettere, nell'ambito della loro attività territoriale, qualsiasi persona avente diritto d'assicurarsi.

<sup>2</sup> Il Dipartimento riconosce anche casse malati che limitano la loro attività all'assicurazione d'indennità giornaliera dei membri di un'impresa o di un'associazione professionale, purché adempiano le relative condizioni di cui agli articoli 12 e 13.

<sup>3</sup> Gli articoli 11–16<sup>157</sup> sono applicabili per analogia.<sup>158</sup>

**Art. 69** Riserve d'assicurazione

<sup>1</sup> Con l'applicazione di riserve, gli assicuratori possono escludere dall'assicurazione le malattie esistenti all'ammissione. Ciò vale parimenti per le malattie anteriori se, conformemente all'esperienza, è possibile una ricaduta.

<sup>2</sup> Le riserve decadono al più tardi dopo cinque anni. Prima di questo termine l'assicurato può fornire la prova che una riserva non è più giustificata.

<sup>3</sup> La riserva è valida solo se comunicata per scritto all'assicurato e se la malattia posta sotto riserva, l'inizio e la fine della durata della stessa sono indicati con esattezza nella comunicazione.

<sup>4</sup> I capoversi 1–3 sono applicabili per analogia in caso d'aumento dell'indennità giornaliera e di riduzione del termine d'attesa.

**Art. 70** Cambiamento dell'assicuratore

<sup>1</sup> Il nuovo assicuratore non può formulare nuove riserve se l'assicurato cambia assicuratore:

- a. perché l'esige il rapporto di lavoro o la sua cessazione; o
- b. perché esce dal raggio d'attività del precedente assicuratore; o
- c. perché il precedente assicuratore non esercita più l'assicurazione sociale malattie.

<sup>2</sup> Il nuovo assicuratore può mantenere le riserve formulate dal precedente assicuratore fino alle scadenze inizialmente previste.

<sup>3</sup> Il precedente assicuratore provvede affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di libero passaggio. Se omette questa informazione, deve conti-

<sup>157</sup> Ora: art. 11–15

<sup>158</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

nuare a garantire la protezione assicurativa. L'assicurato deve far valere il diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

<sup>4</sup> Su domanda dell'assicurato, il nuovo assicuratore deve assicurare l'indennità giornaliera per un importo pari a quello precedente. Può computare l'indennità giornaliera già pagata dal precedente assicuratore nella durata del diritto alle prestazioni ai sensi dell'articolo 72.

#### **Art. 71** Uscita dall'assicurazione collettiva

<sup>1</sup> L'assicurato che esce dall'assicurazione collettiva perché cessa di appartenere alla cerchia degli assicurati definita dal contratto oppure perché quest'ultimo è disdetto, ha diritto al trasferimento nell'assicurazione individuale dell'assicuratore. Se nell'assicurazione individuale l'assicurato non assicura prestazioni più elevate, non possono essere formulate nuove riserve e dev'essere mantenuta l'età d'entrata determinante nel contratto collettivo.

<sup>2</sup> L'assicuratore deve provvedere affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di passare all'assicurazione individuale. Se omette questa informazione, l'assicurato rimane nell'assicurazione collettiva. L'assicurato deve far valere il diritto di passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

#### **Art. 72** Prestazioni

<sup>1</sup> Gli assicuratori stabiliscono l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata d'intesa con gli stipulanti l'assicurazione. Essi possono limitare la copertura alla malattia e alla maternità.

<sup>2</sup> Il diritto all'indennità giornaliera è dato qualora la capacità lavorativa dell'assicurato sia ridotta di almeno la metà (art. 6 LPG<sup>159</sup>).<sup>160</sup> Per quanto non pattuito altrimenti, il diritto nasce il terzo giorno che segue quello dell'insorgere della malattia. L'inizio del diritto alle prestazioni può essere differito mediante corrispettiva riduzione del premio. Qualora per il diritto all'indennità giornaliera sia stato convenuto un termine d'attesa, durante il quale il datore di lavoro è tenuto a versare il salario, questo termine può essere dedotto dalla durata minima di riscossione.

<sup>3</sup> L'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. L'articolo 67 LPG<sup>161</sup> non è applicabile.

<sup>4</sup> In caso di incapacità lavorativa parziale è pagata una corrispondente indennità giornaliera ridotta per la durata di cui al capoverso 3. È mantenuta la protezione assicurativa per la capacità lavorativa residua.

<sup>159</sup> RS 830.1

<sup>160</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>161</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>5</sup> Qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovrindennizzo giusta l'articolo 78 della presente legge e l'articolo 69 LPGGA, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete.<sup>162</sup> I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

<sup>6</sup> L'articolo 19 capoverso 2 LPGGA è applicabile unicamente se il datore di lavoro ha partecipato al finanziamento dell'assicurazione d'indennità giornaliera. Sono fatti salvi altri accordi contrattuali.<sup>163</sup>

#### **Art. 73** Coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione

<sup>1</sup> Ai disoccupati, in caso d'incapacità lavorativa (art. 6 LPGGA<sup>164</sup>) superiore al 50 per cento, è pagata l'intera indennità giornaliera e, in caso d'incapacità lavorativa superiore al 25 per cento ma al massimo del 50 per cento, è pagata la mezza indennità giornaliera, se gli assicuratori, in virtù delle proprie condizioni d'assicurazione o di accordi contrattuali, pagano di massima prestazioni per un corrispettivo grado d'incapacità lavorativa.<sup>165</sup>

<sup>2</sup> Gli assicurati disoccupati hanno diritto, previo congruo adeguamento dei premi, alla trasformazione dell'assicurazione previgente in un'assicurazione le cui prestazioni decorrono dal 31° giorno, fatto salvo l'ammontare della precedente indennità giornaliera e indipendentemente dallo stato di salute al momento della trasformazione.

#### **Art. 74** Indennità giornaliera in caso di maternità

<sup>1</sup> In caso di maternità e di parto gli assicuratori devono pagare l'indennità giornaliera se, fino al giorno del parto, la partoriente era assicurata da almeno 270 giorni senza interruzione superiore a tre mesi.

<sup>2</sup> L'indennità giornaliera va pagata durante sedici settimane, di cui almeno otto dopo il parto. L'indennità giornaliera non può essere computata nella durata prevista dall'articolo 72 capoverso 3 e va pagata anche dopo la scadenza di questa durata.

#### **Art. 75** Sistema finanziario ed esposizione dei conti

<sup>1</sup> L'assicurazione d'indennità giornaliera è finanziata secondo il sistema della ripartizione delle spese. Gli assicuratori costituiscono riserve sufficienti per sopperire ai costi delle malattie già insorte e garantire la propria solvibilità a lungo termine. Sono inoltre applicabili per analogia i capoversi 2-4 dell'articolo 60.

<sup>162</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>163</sup> Introdotto dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>164</sup> RS **830.1**

<sup>165</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>2</sup> L'assicuratore, se applica nell'assicurazione collettiva una tariffa dei premi differente da quella dell'assicurazione individuale, deve tenere un conto separato per ciascuna di queste assicurazioni.

#### **Art. 76** Premi degli assicurati

<sup>1</sup> L'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Per prestazioni uguali riscuote premi uguali.

<sup>2</sup> Se per l'indennità giornaliera vi è un termine d'attesa, l'assicuratore deve ridurre corrispettivamente i premi.

<sup>3</sup> L'assicuratore può graduare i premi secondo l'età d'entrata e le regioni.

<sup>4</sup> L'articolo 61 capoversi 2 e 4<sup>166</sup> è applicabile per analogia.

<sup>5</sup> Il Consiglio federale può emanare disposizioni particolari sulla riduzione dei premi ai sensi del capoverso 2 e sulla loro graduazione ai sensi del capoverso 3.

#### **Art. 77** Premi dell'assicurazione collettiva

Nell'assicurazione collettiva, gli assicuratori possono prevedere premi differenti da quelli dell'assicurazione individuale. I loro importi devono essere stabiliti in modo che l'assicurazione collettiva sia almeno finanziariamente autosufficiente.

### **Titolo 4:**<sup>167</sup>

#### **Disposizioni particolari concernenti il coordinamento, la responsabilità e il regresso**

#### **Art. 78** Coordinamento delle prestazioni

Il Consiglio federale può disciplinare il coordinamento delle indennità giornaliere e provvede affinché le prestazioni dell'assicurazione sociale malattie o la rispettiva concomitanza con quelle di altre assicurazioni sociali non comportino un sovrindennizzo per gli assicurati o per i fornitori di prestazioni, in particolare in caso di degenza ospedaliera.

#### **Art. 78a** Responsabilità per danni

Le pretese di risarcimento dell'istituzione comune, di assicurati e di terzi secondo l'articolo 78 LPG<sup>168</sup> devono essere fatte valere nei confronti dell'assicuratore; quest'ultimo statuisce mediante decisione.

<sup>166</sup> Ora: art. 61 cpv. 2 e 5

<sup>167</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3371; FF 1991 II 178 766, 1994 V 897, 1999 3896).

<sup>168</sup> RS 830.1

**Art. 79** Limitazione del regresso

La limitazione del regresso secondo l'articolo 75 capoverso 2 LPGA<sup>169</sup> non è applicabile.

**Art. 79a**<sup>170</sup> Diritto di regresso del Cantone di domicilio

Il diritto di regresso secondo l'articolo 72 LPGA<sup>171</sup> si applica per analogia al Cantone di domicilio per i contributi che esso ha versato ai sensi degli articoli 41 e 49a.

**Titolo 5:**  
**Disposizioni particolari concernenti la procedura e il contenzioso,**  
**disposizioni penali**<sup>172</sup>

**Art. 80** Procedura semplificata<sup>173</sup>

<sup>1</sup> Le prestazioni assicurative sono concesse mediante procedura semplificata secondo l'articolo 51 LPGA<sup>174</sup>. Questa disposizione è applicabile, in deroga all'articolo 49 capoverso 1 LPGA, anche alle prestazioni di ragguardevole entità.<sup>175</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>176</sup>

<sup>3</sup> L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

<sup>169</sup> RS **830.1**

<sup>170</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>171</sup> RS **830.1**

<sup>172</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>173</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>174</sup> RS **830.1**

<sup>175</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>176</sup> Abrogato dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

**Art. 81**<sup>177</sup>**Art. 82**<sup>178</sup> Assistenza amministrativa e giudiziaria particolare

In deroga all'articolo 33 LPGA<sup>179</sup>, su richiesta, gli assicuratori forniscono gratuitamente alle autorità cantonali competenti le informazioni e i documenti necessari per:

- a. esercitare il diritto di regresso sancito dall'articolo 41 capoverso 3;
- b. stabilire la riduzione dei premi.

**Art. 83**<sup>180</sup> Numero d'assicurato dell'AVS

Per adempiere i loro compiti legali, gli organi incaricati di applicare la presente legge o di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione sono autorizzati a utilizzare sistematicamente il numero d'assicurato dell'assicurazione vecchiaia e superstiti conformemente alle disposizioni della legge federale del 20 dicembre 1946<sup>181</sup> sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti.

**Art. 84**<sup>182</sup> Trattamento di dati personali

Gli organi incaricati di eseguire, controllare o sorvegliare l'applicazione della presente legge possono trattare o far trattare dati personali, compresi dati degni di particolare protezione e profili della personalità, di cui necessitano per adempiere i compiti conferiti loro dalla presente legge, segnatamente per:<sup>183</sup>

- a. sorvegliare l'osservanza dell'obbligo di assicurarsi;
- b. calcolare e riscuotere i premi;
- c. stabilire il diritto alle prestazioni, nonché calcolarle, versarle e coordinarle con quelle di altre assicurazioni sociali;
- d. stabilire il diritto a riduzioni dei premi conformemente all'articolo 65<sup>184</sup>, nonché calcolarle e concederle;
- e. far valere una pretesa di regresso nei confronti di terzi responsabili;
- f. sorvegliare l'esecuzione della presente legge;
- g. allestire statistiche;

<sup>177</sup> Abrogato dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>178</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>179</sup> RS **830.1**

<sup>180</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 23 giu. 2006 (Nuovo numero d'assicurato dell'AVS), in vigore dal 1° dic. 2007 (RU **2007** 5259; FF **2006** 471).

<sup>181</sup> RS **831.10**

<sup>182</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 23 giu. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2755; FF **2000** 205).

<sup>183</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4755; FF **2004** 4903).

<sup>184</sup> Ora: art. 65 e 65a

h.<sup>185</sup> assegnare o verificare il numero d'assicurato dell'AVS;

i.<sup>186</sup> calcolare la compensazione dei rischi.

**Art. 84a**<sup>187</sup> Comunicazione di dati

<sup>1</sup> Purché nessun interesse privato preponderante vi si opponga, gli organi incaricati di applicare la presente legge o di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione possono comunicare i dati, in deroga all'articolo 33 LPGA<sup>188;189</sup>

- a. ad altri organi incaricati di applicare la presente legge, nonché di controllarne o sorvegliarne l'esecuzione, qualora ne necessitino per adempiere i compiti conferiti loro dalla presente legge;
- b. agli organi di altre assicurazioni sociali, qualora, in deroga all'articolo 32 capoverso 2 LPGA, l'obbligo di comunicazione sia sancito da una legge federale;
- b<sup>bis</sup>.<sup>190</sup>agli organi di un'altra assicurazione sociale per assegnare o verificare il numero d'assicurato dell'AVS;
- c. alle autorità competenti per l'imposta alla fonte, conformemente agli articoli 88 e 100 della legge federale del 14 dicembre 1990<sup>191</sup> sull'imposta federale diretta (LIFD), nonché alle rispettive disposizioni cantonali;
- d. agli organi della statistica federale, conformemente alla legge federale del 9 ottobre 1992<sup>192</sup> sulla statistica federale;
- e. agli organi incaricati di allestire statistiche per l'esecuzione della presente legge, qualora i dati siano necessari all'adempimento di tale obbligo e l'anonimato degli assicurati sia garantito;
- f.<sup>193</sup> alle competenti autorità cantonali, qualora i dati rientrino nel campo d'applicazione dell'articolo 22a e siano necessari per la pianificazione degli ospedali e delle case di cura e per l'esame delle tariffe;
- g. alle autorità istruttorie penali, qualora ne necessitino per denunciare o impedire un crimine;

<sup>185</sup> Introdotta dal n.11 dell'all. alla LF del 23 giu. 2006 (Nuovo numero d'assicurato dell'AVS), in vigore dal 1° dic. 2007 (RU **2007** 5259; FF **2006** 471).

<sup>186</sup> Introdotta dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4755; FF **2004** 4903).

<sup>187</sup> Introdotta dal n. I della LF del 23 giu. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2755; FF **2000** 205).

<sup>188</sup> RS **830.1**

<sup>189</sup> Nuovo testo giusta il n. 28 dell'all. alla LF del 19 dic. 2008 (Protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione), in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 725; FF **2006** 6391).

<sup>190</sup> Introdotta dal n.11 dell'all. alla LF del 23 giu. 2006 (Nuovo numero d'assicurato dell'AVS), in vigore dal 1° dic. 2007 (RU **2007** 5259; FF **2006** 471).

<sup>191</sup> RS **642.11**

<sup>192</sup> RS **431.01**

<sup>193</sup> Nuovo testo giusta il n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

gbis.<sup>194</sup>al Servizio delle attività informative della Confederazione (SIC) o agli organi di sicurezza dei Cantoni, a destinazione del SIC, qualora i presupposti di cui all'articolo 13a della legge federale del 21 marzo 1997<sup>195</sup> sulle misure per la salvaguardia della sicurezza interna (LMSI) siano adempiuti;

- h. in singoli casi e su richiesta scritta e motivata:
1. alle autorità d'assistenza sociale, qualora ne necessitino per determinare o modificare prestazioni, chiederne la restituzione o prevenire pagamenti indebiti,
  2. ai tribunali civili, qualora ne necessitino per giudicare una controversia relativa al diritto di famiglia o successorio,
  3. ai tribunali penali e alle autorità istruttorie penali, qualora ne necessitino per accertare un crimine o un delitto,
  4. agli uffici d'esecuzione, conformemente agli articoli 91, 163 e 222 della legge federale dell'11 aprile 1889<sup>196</sup> sulla esecuzione e sul fallimento,
  - 5.<sup>197</sup>alle autorità di protezione dei minori e degli adulti, conformemente all'articolo 448 capoverso 4 del Codice civile<sup>198</sup>,
  - 6.<sup>199</sup>al SIC o agli organi di sicurezza dei Cantoni, a destinazione del SIC, qualora i presupposti di cui all'articolo 13a LMSI siano adempiuti.<sup>200</sup>

2 ...<sup>201</sup>

<sup>3</sup> In deroga all'articolo 33 LPGA, i dati d'interesse generale in relazione all'applicazione della presente legge possono essere pubblicati. L'anonimato degli assicurati dev'essere garantito.<sup>202</sup>

<sup>4</sup> In deroga all'articolo 33 LPGA, gli assicuratori sono autorizzati a comunicare i dati necessari alle autorità d'assistenza sociale o ad altre autorità cantonali competenti in caso di inadempienze nei pagamenti da parte dell'assicurato, se quest'ultimo, benché diffidato, non paga premi o partecipazioni ai costi, scaduti.<sup>203</sup>

<sup>194</sup> Introdotta dal n. 11 dell'all. alla LF del 23 dic. 2011, in vigore dal 16 lug. 2012 (RU **2012** 3745; FF **2007** 4613, **2010** 6923).

<sup>195</sup> RS **120**

<sup>196</sup> RS **281.1**

<sup>197</sup> Introdotto dal n. 28 dell'all. alla LF del 19 dic. 2008 (Protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione), in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2011** 725; FF **2006** 6391).

<sup>198</sup> RS **210**

<sup>199</sup> Introdotto dal n. 11 dell'all. alla LF del 23 dic. 2011, in vigore dal 16 lug. 2012 (RU **2012** 3745; FF **2007** 4613, **2010** 6923).

<sup>200</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>201</sup> Abrogato dal n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>202</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>203</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).



<sup>5</sup> Negli altri casi, in deroga all'articolo 33 LPGGA, i dati possono essere comunicati a terzi alle condizioni seguenti:<sup>204</sup>

- a. per i dati non personali: se la comunicazione è giustificata da un interesse preponderante;
- b. per i dati personali: se, nel caso specifico, la persona interessata ha dato il suo consenso scritto o, qualora non sia possibile ottenerlo, le circostanze permettono di presumere che la comunicazione dei dati sia nell'interesse della persona assicurata.

<sup>6</sup> Possono essere comunicati solo i dati necessari per l'obiettivo perseguito.

<sup>7</sup> Il Consiglio federale disciplina le modalità di comunicazione e d'informazione della persona interessata.

<sup>8</sup> I dati sono di norma comunicati per scritto e gratuitamente. Il Consiglio federale può prevedere la riscossione di un emolumento qualora sia necessario un particolare dispendio di lavoro.

**Art. 84<sup>b205</sup>** Garanzia della protezione dei dati da parte degli assicuratori

Gli assicuratori prendono i necessari provvedimenti tecnici e organizzativi per garantire la protezione dei dati; elaborano in particolare i necessari regolamenti per il trattamento conformemente all'ordinanza del 14 giugno 1993<sup>206</sup> relativa alla legge federale sulla protezione dei dati. Tali regolamenti sono sottoposti per valutazione all'Incaricato federale della protezione dei dati e sono resi pubblici.

**Art. 85<sup>207</sup>** Opposizione (art. 52 LPGGA<sup>208</sup>)

L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione su opposizione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

**Art. 86<sup>209</sup>** Ricorso (art. 56 LPGGA<sup>210</sup>)

L'assicuratore non può subordinare il diritto dell'assicurato di adire il tribunale cantonale delle assicurazioni all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

<sup>204</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>205</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Compensazione dei rischi), in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4755; FF **2004** 4903).

<sup>206</sup> RS **235.11**

<sup>207</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>208</sup> RS **830.1**

<sup>209</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>210</sup> RS **830.1**

**Art. 87<sup>211</sup>** Controversie tra assicuratori

In caso di controversie tra assicuratori, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone ove ha sede l'assicuratore convenuto.

**Art. 88<sup>212</sup>****Art. 89** Tribunale arbitrale cantonale

<sup>1</sup> Le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise dal tribunale arbitrale.

<sup>2</sup> È competente il tribunale arbitrale del Cantone di cui è applicabile la tariffa oppure del Cantone in cui il fornitore di prestazioni è installato in modo permanente.

<sup>3</sup> Il tribunale arbitrale è pure competente se l'assicurato è debitore della remunerazione (sistema del terzo garante, art. 42 cpv. 1); in tal caso, l'assicuratore lo rappresenta a proprie spese.

<sup>4</sup> Ogni Cantone designa un tribunale arbitrale. Il tribunale si compone di un presidente neutrale e, in numero uguale, di una rappresentanza di ciascuno degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni. I Cantoni possono affidare i compiti di tribunale arbitrale al tribunale cantonale delle assicurazioni; in tal caso, detto tribunale è completato da un rappresentante di ciascuna delle parti.

<sup>5</sup> Il Cantone disciplina la procedura, che dev'essere semplice e spedita. Il tribunale arbitrale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per il giudizio; esso assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

<sup>6</sup> Le sentenze, motivate e provviste dell'indicazione del rimedio giuridico e dei nomi dei membri del tribunale, sono notificate per scritto.

**Art. 90<sup>213</sup>****Art. 90a<sup>214</sup>** Tribunale amministrativo federale

<sup>1</sup> In deroga all'articolo 58 capoverso 2 LPGA<sup>215</sup>, i ricorsi contro decisioni, comprese quelle su opposizione, emanate dall'Istituzione comune conformemente all'articolo 18 capoversi 2<sup>bis</sup> e 2<sup>ter</sup> sono giudicati dal Tribunale amministrativo federale. Questo giudica anche i ricorsi contro le decisioni emanate dall'Istituzione comune conformemente all'articolo 18 capoverso 2<sup>quinquies</sup>.

<sup>211</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>212</sup> Abrogato dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>213</sup> Abrogato dal n. 110 dell'all. alla L del 17 giu. 2005 sul Tribunale amministrativo federale, con effetto dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 2197; FF **2001** 3764).

<sup>214</sup> Introdotta dal n. I della LF del 6 ott. 2000 (RU **2002** 858; FF **2000** 3537). Nuovo testo giusta il n. 110 dell'all. alla L del 17 giu. 2005 sul Tribunale amministrativo federale, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 2197; FF **2001** 3764).

<sup>215</sup> RS **830.1**

<sup>2</sup> Il Tribunale amministrativo federale giudica i ricorsi contro le decisioni del governo cantonale secondo l'articolo 53.<sup>216</sup>

**Art. 91<sup>217</sup>** Tribunale federale

Contro le sentenze del tribunale arbitrale cantonale può essere interposto ricorso al Tribunale federale secondo la legge del 17 giugno 2005<sup>218</sup> sul Tribunale federale.

**Art. 92** Delitti

È punito con una pena pecuniaria sino a 180 aliquote giornaliere, salvo si tratti di un crimine o di un delitto passibile di una pena più grave secondo il Codice penale<sup>219</sup>, chiunque:<sup>220</sup>

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

d.<sup>221</sup> non fa usufruire delle remunerazioni ai sensi dell'articolo 56 capoverso 3.

**Art. 93** Contravvenzioni<sup>222</sup>

È punito con una pena pecuniaria chiunque intenzionalmente:<sup>223</sup>

- a. violando l'obbligo d'informare, dà informazioni inveritiere o rifiuta di dare informazioni;

<sup>216</sup> Introdotto dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Finanziamento ospedaliero), in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 2049; FF **2004** 4903).

<sup>217</sup> Nuovo testo giusta il n. 110 dell'all. alla L del 17 giu. 2005 sul Tribunale amministrativo federale, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 2197; FF **2001** 3764).

<sup>218</sup> RS **173.110**

<sup>219</sup> RS **311.0**

<sup>220</sup> Nuovo testo giusta l'art. 333 del Codice penale (RS **311.0**), nella versione della LF del 13 dic. 2002, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 3459; FF **1999** 1669).

<sup>221</sup> Introdotta dal n. II 8 dell'all. della LF del 15 dic. 2000 sugli agenti terapeutici, in vigore dal 1° gen. 2002 (RU **2001** 2790; FF **2999** 2959).

<sup>222</sup> A partire dal 1° gen. 2007 le pene e i termini di prescrizione devono essere adattati giusta la chiave di conversione dell'art. 333 cpv. 2 - 6 del Codice penale (RS **311.0**), nel testo della LF del 13. dic. 2002 (RU **2006** 3459; FF **1999** 1669).

<sup>223</sup> Nuovo testo giusta l'art. 333 del Codice penale (RS **311.0**), nella versione della LF del 13 dic. 2002, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 3459; FF **1999** 1669).

- b.<sup>224</sup> si sottrae all'obbligo di assistenza giudiziaria e amministrativa ai sensi dell'articolo 32 LPGA<sup>225</sup> e dell'articolo 82 della presente legge;
- c. si oppone a un controllo ordinato dall'autorità di sorveglianza o lo rende altrimenti impossibile;
- d.<sup>226</sup> infrange il divieto di cui all'articolo 62 capoverso 2<sup>bis</sup> o 64 capoverso 8.

**Art. 93a**<sup>227</sup> Inosservanza di prescrizioni d'ordine<sup>228</sup>

<sup>1</sup> Sono puniti con una multa fino a 5000 franchi gli assicuratori, i riassicuratori e l'istituzione comune che, intenzionalmente o per negligenza:

- a. ostacolano l'applicazione dell'obbligo d'assicurazione (art. 4–7);
- b. contravvengono agli obblighi e alle istruzioni di cui agli articoli 21–23;
- c. violano prescrizioni concernenti il sistema finanziario e l'esposizione dei conti (art. 60);
- d. violano prescrizioni concernenti i premi degli assicurati (art. 61–63);
- e. violano prescrizioni concernenti la partecipazione ai costi (art. 64);
- f. compromettono l'esecuzione di convenzioni internazionali di sicurezza sociale.

<sup>2</sup> In deroga all'articolo 79 LPGA<sup>229</sup>, l'Ufficio federale persegue e giudica dette infrazioni secondo la legge federale del 22 marzo 1974<sup>230</sup> sul diritto penale amministrativo.<sup>231</sup>

**Art. 94** Infrazioni commesse nella gestione degli affari

Sono applicabili gli articoli 6 e 7 della legge federale del 22 marzo 1974<sup>232</sup> sul diritto penale amministrativo.

<sup>224</sup> Nuovo testo giusta il n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>225</sup> RS **830.1**

<sup>226</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>227</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000, in vigore dal 1° ott. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

<sup>228</sup> A partire dal 1° gen. 2007 le pene e i termini di prescrizione devono essere adattati giusta la chiave di conversione dell'art. 333 cpv. 2 - 6 del Codice penale (RS **311.0**), nel testo della LF del 13. dic. 2002 (RU **2006** 3459; FF **1999** 1669).

<sup>229</sup> RS **830.1**

<sup>230</sup> RS **313.0**

<sup>231</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'AF del 21 giu. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3453; FF **2002** 715).

<sup>232</sup> RS **313.0**

**Art. 95**<sup>233</sup>**Titolo 6:**<sup>234</sup> **Relazione con il diritto europeo****Art. 95a**<sup>235</sup>

<sup>1</sup> Per le persone designate nell'articolo 2 del regolamento n. 1408/71<sup>236</sup> e in relazione con le prestazioni previste nell'articolo 4 di questo regolamento, purché siano comprese nel campo d'applicazione della presente legge, sono applicabili anche:

- a.<sup>237</sup> l'Accordo del 21 giugno 1999<sup>238</sup> tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, nella versione dei Protocolli del 26 ottobre 2004<sup>239</sup> e del 27 maggio 2008<sup>240</sup> relativi all'estensione dell'Accordo ai nuovi Stati membri della Comunità europea, il suo allegato II e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72<sup>241</sup> nella loro versione aggiornata;
- b.<sup>242</sup> la Convenzione del 4 gennaio 1960<sup>243</sup> istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio nella versione dell'Accordo del 21 giugno 2001 che emenda la Convenzione, il suo allegato K, l'appendice 2 dell'allegato K e i regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 nella loro versione aggiornata.

<sup>2</sup> Laddove le disposizioni della presente legge fanno uso dell'espressione «Stati membri della Comunità europea», questa espressione è riferita agli Stati cui è applicabile l'Accordo di cui al capoverso 1 lettera a.

<sup>233</sup> Abrogato dal n. 11 dell'all. alla LF del 6 ott. 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, con effetto dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3371; FF **1991** II 178 766, **1994** V 897, **1999** 3896).

<sup>234</sup> Introdotto dal n. 19 della LF dell'8 ott. 1999 concernente l'Acc. tra la Confederazione Svizzera da una parte e la CE ed i suoi Stati membri dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 701; FF **1999** 5092).

<sup>235</sup> Nuovo testo giusta l'art. 2 n. 11 del DF del 17 dic. 2004 (estensione dell'Acc. sulla libera circolazione delle persone ai nuovi Stati membri della CE e misure collaterali), in vigore dal 1° apr. 2006 (RU **2006** 979; FF **2004** 5203 5863).

<sup>236</sup> Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giu. 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità; nella versione in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (RS **0.831.109.268.1**), risp. dell'Accordo AELS riveduto.

<sup>237</sup> Nuovo testo giusta l'art. 3 n. 6 del DF del 13 giu. 2008 (rinnovo dell'Acc. sulla libera circolazione delle persone ed estensione alla Bulgaria e alla Romania), in vigore dal 1° giu. 2009 (RU **2009** 2411; FF **2008** 1823).

<sup>238</sup> RS **0.142.112.681**

<sup>239</sup> RU **2006** 995

<sup>240</sup> RS **0.142.112.681.1**

<sup>241</sup> Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 mar. 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità; nella versione in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (RS **0.831.109.268.11**), risp. dell'Accordo AELS riveduto.

<sup>242</sup> Rettificato dalla Commissione di redazione dell'AF (art. 58 cpv. 1 LParl – RS **171.10**).

<sup>243</sup> RS **0.632.31**

**Titolo 7:**<sup>244</sup> **Disposizioni finali****Capitolo 1: Esecuzione****Art. 96**

Il Consiglio federale è incaricato dell'esecuzione della presente legge. Esso emana le necessarie disposizioni.

**Capitolo 2: Disposizioni transitorie****Art. 97** Disposizioni cantonali

<sup>1</sup> I Cantoni emanano le disposizioni d'esecuzione dell'articolo 65 prima dell'entrata in vigore della presente legge. Il Consiglio federale stabilisce la data entro la quale i Cantoni devono emanare le altre disposizioni d'esecuzione.

<sup>2</sup> Se non è possibile emanare tempestivamente le disposizioni definitive per l'articolo 65, il governo cantonale può promulgare un ordinamento provvisorio.

**Art. 98** Continuazione dell'assicurazione da parte delle casse malati riconosciute

<sup>1</sup> Le casse malati riconosciute ai sensi della legge federale del 13 giugno 1911<sup>245</sup> che intendono continuare l'assicurazione malattie conformemente alla presente legge, devono dichiararlo all'Ufficio federale al più tardi sei mesi prima dell'entrata in vigore di questa legge. Esse devono al contempo inviargli per approvazione, giusta gli articoli 61 capoverso 4 e 76 capoverso 4<sup>246</sup> della presente legge, le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.

<sup>2</sup> Le casse il cui raggio d'attività era, secondo il diritto previgente, circoscritto a un'impresa o a un'associazione professionale possono continuare l'assicurazione d'indennità giornaliera entro questi limiti. Esse devono indicarlo nella dichiarazione di cui al capoverso 1.

<sup>3</sup> Il Consiglio federale emana le disposizioni sulla ripartizione del patrimonio delle casse malati tra le assicurazioni continuate secondo il nuovo diritto.

**Art. 99** Rinuncia alla continuazione dell'assicurazione sociale malattie

<sup>1</sup> Le casse malati che non continuano l'assicurazione malattie conformemente alla presente legge cessano di essere riconosciute a decorrere dalla sua entrata in vigore. Devono informarne per scritto i propri membri e l'Ufficio federale al più tardi sei mesi prima dell'entrata in vigore della presente legge.

<sup>244</sup> Originario tit. 6.

<sup>245</sup> [CS 8 273]

<sup>246</sup> Ora: art. 61 cpv. 5 e 76 cpv. 4

<sup>2</sup> Queste casse devono sciogliersi se all'entrata in vigore della presente legge non sono state autorizzate all'esercizio di assicurazioni ai sensi della LSA<sup>247</sup> sulla sorveglianza degli assicuratori. È salvo l'esercizio dell'assicurazione d'indennità giornaliera limitato a un'impresa o a un'associazione professionale. Sentita la FINMA, l'Ufficio federale decide l'entità della destinazione del patrimonio delle casse malati ai sensi del capoverso 3.<sup>248</sup>

<sup>3</sup> Se, a seguito di una fusione, il patrimonio della cassa sciolta non è trasferito a un altro assicuratore ai sensi dell'articolo 11, l'eventuale saldo attivo delle casse organizzate secondo il diritto privato è accreditato al fondo in caso d'insolvenza dell'istituzione comune (art. 18).

#### **Art. 100**<sup>249</sup>

##### **Art. 101** Fornitori di prestazioni e medici di fiducia

<sup>1</sup> Medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale paramedico e laboratori autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie secondo il previgente diritto sono considerati fornitori di prestazioni anche ai sensi del nuovo diritto.

<sup>2</sup> Gli stabilimenti o i loro reparti ritenuti stabilimenti di cura secondo il diritto previgente continuano ad essere autorizzati quali fornitori di prestazioni ai sensi del nuovo diritto finché non è compilato l'elenco degli ospedali e delle case di cura di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera e. Circa l'obbligo degli assicuratori di fornire prestazioni e l'ammontare della remunerazione sono applicabili, fino alla data stabilita dal Consiglio federale, le previgenti convenzioni o tariffe.

<sup>3</sup> I medici di fiducia che esercitavano per un assicuratore sulla base del diritto previgente (art. 11–13) possono, anche ai sensi del nuovo diritto, essere incaricati dagli assicuratori o dalle loro federazioni di eseguire i compiti giusta l'articolo 57. I capoversi 3–8 dell'articolo 57 sono applicabili anche in questi casi.

##### **Art. 102** Rapporti previgenti d'assicurazione

<sup>1</sup> Le previgenti assicurazioni delle cure medico-sanitarie d'indennità giornaliera continuate dalle casse malati riconosciute sono rette dal nuovo diritto a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge.

<sup>2</sup> Le disposizioni delle casse in materia di prestazioni medico-sanitarie eccedenti quelle menzionate all'articolo 34 capoverso 1 (prestazioni statutarie, assicurazioni complementari) devono essere adeguate al nuovo diritto entro un anno a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge. I diritti e gli obblighi degli assicurati sono retti dal previgente diritto sino all'effettuazione dell'adeguamento. La cassa malati deve offrire ai propri assicurati contratti di almeno pari copertura assicurativa

<sup>247</sup> RS 961.01

<sup>248</sup> Nuovo testo del per. giusta il n. 12 dell'all. alla LF del 22 giu. 2007 concernente l'Autorità federale di vigilanza sui mercati finanziari, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU 2008 5207; FF 2006 2625).

<sup>249</sup> Abrogato dal n. II 43 della LF del 20 mar. 2008 concernente l'aggiornamento formale del diritto federale, con effetto dal 1° ago. 2008 (RU 2008 3437; FF 2007 5575).

riguardo quella di cui beneficiavano prima. I periodi d'assicurazione compiuti secondo il previgente diritto sono computati per la determinazione dei premi.

<sup>3</sup> I rapporti assicurativi stipulati secondo il previgente diritto con le casse malati che perdono il riconoscimento e continuano a esercitare l'assicurazione quali istituti d'assicurazione ai sensi della LSA<sup>250</sup> (art. 99) decadono all'entrata in vigore della presente legge. L'assicurato può tuttavia domandare la continuazione del rapporto assicurativo se l'istituto d'assicurazione gli offre un'assicurazione corrispondente.

<sup>4</sup> I contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione obbligatoria per le spese medico-sanitarie e secondo la presente legge, decadono all'entrata in vigore di quest'ultima. I premi pagati per il periodo posteriore all'entrata in vigore della presente legge devono essere restituiti. Le prestazioni assicurative per infortuni occorsi prima dell'entrata in vigore della presente legge sono concesse secondo i precedenti contratti.

<sup>5</sup> I contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la presente legge, possono, a domanda dello stipulante, essere adeguati al nuovo diritto entro un anno dall'entrata in vigore se l'assicuratore esercita l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera giusta la presente legge.

#### **Art. 103**      Prestazioni assicurative

<sup>1</sup> Le prestazioni assicurative per cure effettuate prima dell'entrata in vigore della presente legge sono concesse secondo il diritto previgente.

<sup>2</sup> Le indennità giornaliere correnti all'entrata in vigore della presente legge e assicurate presso le casse malati riconosciute vanno al massimo concesse durante ancora due anni conformemente al previgente ordinamento sulla durata del diritto alle prestazioni.

#### **Art. 104**      Convenzioni tariffali

<sup>1</sup> Le convenzioni tariffali esistenti non decadono all'entrata in vigore della presente legge. Il Consiglio federale stabilisce la data entro la quale esse devono essere adeguate al nuovo diritto.

<sup>2</sup> Gli assicuratori che iniziano a esercitare l'assicurazione sociale malattie secondo il nuovo diritto possono aderire alle convenzioni tariffali stipulate dalle federazioni di casse malati secondo il previgente diritto (art. 46 cpv. 2).

<sup>3</sup> Il Consiglio federale stabilisce la data dalla quale gli ospedali e le case di cura devono soddisfare i requisiti di cui all'articolo 49 capoversi 6 e 7.

<sup>250</sup> Vedi attualmente la LF del 17 dic. 2004 (RS **961.01**).



**Art. 104<sup>a</sup>**<sup>251</sup>**Art. 105<sup>a</sup>**<sup>252</sup>**Art. 105<sup>a</sup>**<sup>253</sup> Effettivo degli assicurati nella compensazione dei rischi

<sup>1</sup> I richiedenti l'asilo, le persone ammesse provvisoriamente e quelle bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora sono escluse dall'effettivo degli assicurati determinante per la compensazione dei rischi se soggiornano in Svizzera e percepiscono prestazioni di aiuto sociale.

<sup>2</sup> Le autorità amministrative cantonali e comunali, nonché eccezionalmente quelle federali, comunicano gratuitamente agli organi competenti dell'assicurazione sociale malattie, su richiesta scritta, i dati necessari al rilevamento degli assicurati secondo il capoverso 1.

<sup>3</sup> Al fine di adempiere i suoi compiti secondo la presente legge, l'Ufficio federale può esigere dagli assicuratori i dati concernenti gli assicurati secondo il capoverso 1.

**Art. 106<sup>a</sup>**<sup>254</sup>**Capitolo 3: Referendum ed entrata in vigore****Art. 107**

<sup>1</sup> La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore. Esso può ridurre i termini previsti agli articoli 98 capoverso 1, 99 capoverso 1 e 100.

Data dell'entrata in vigore: 1° gennaio 1996<sup>255</sup>

Art. 11 a 14, 18, 61 cpv. 4, 76 cpv. 4, 97 a 104, 107 cpv. 2: 1° giugno 1995<sup>256</sup>

<sup>251</sup> Introdotta dal n. I della LF del 24 mar. 2000 (RU **2000** 2305; FF **1999** 687).

Abrogata dal n. I 3 della LF del 13 giu. 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, con effetto dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3517 6847 n. I; FF **2005** 1839).

<sup>252</sup> Abrogata dal n. I della LF del 21 dic. 2007 (Compensazione dei rischi), con effetto dal 1° gen. 2012 (RU **2009** 4755; FF **2004** 4903).

<sup>253</sup> Introdotta dal n. I della LF del 16 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 4823; FF **2002** 6087).

<sup>254</sup> Abrogata dal n. II 43 della LF del 20 mar. 2008 concernente l'aggiornamento formale del diritto federale, con effetto dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3437; FF **2007** 5575).

<sup>255</sup> Art. 1 dell'O del 12 apr. 1995 (RU **1995** 1367).

<sup>256</sup> Art. 1 dell'O del 12 apr. 1995 (RU **1995** 1367).

**Disposizioni finali della modifica del 24 marzo 2000<sup>257</sup>**

<sup>1</sup> Contratti, accordi o diritti statutari menzionati negli articoli 7 capoverso 7, 62 capoverso 2<sup>bis</sup> (non ancora in vigore) e 64 capoverso 8 (non ancora in vigore) decadono all'entrata in vigore della presente modifica nella misura in cui ne siano toccati.

<sup>2</sup> Fino all'entrata in vigore della presente modifica i Cantoni emanano le disposizioni d'esecuzione definitive per l'articolo 65. Se non è possibile emanare il disciplinamento definitivo relativo all'articolo 65, il governo cantonale può emanarne uno provvisorio.

**Disposizione transitoria della modifica dell'8 ottobre 2004<sup>258</sup>****Disposizione finale della modifica del 18 marzo 2005  
(riduzione dei premi)<sup>259</sup>**

Il sistema di riduzione dei premi per i minorenni e i giovani adulti in periodo di formazione, previsto nell'articolo 65 capoverso 1<sup>bis</sup>, va attuato dai Cantoni entro un anno<sup>260</sup> dall'entrata in vigore della presente modifica.

**Disposizioni transitorie della modifica del 20 dicembre 2006  
(tariffe delle cure)<sup>261</sup>**

<sup>1</sup> In deroga all'articolo 25 capoverso 2 lettera a e fino all'entrata in vigore di un nuovo disciplinamento, per l'assunzione dei costi delle prestazioni delle cure dispensate a domicilio, ambulatoriamente o in una casa di cura non possono essere superate le tariffe limite fissate dal Dipartimento conformemente all'articolo 104a. Sono fatte salve le tariffe e le convenzioni tariffali che il 1° gennaio 2004 superavano già le tariffe limite. Esse sono limitate all'importo in vigore il 1° gennaio 2004. Rimangono salvi gli adeguamenti al rincaro decisi dal Dipartimento secondo l'indice nazionale dei prezzi al consumo.

<sup>2</sup> Le tariffe vengono adeguate al rincaro la prima volta il 1° gennaio 2007 e in seguito ogni anno.

<sup>257</sup> RU 2000 2305; FF 1999 687

<sup>258</sup> RU 2004 4375; FF 2004 3803. Abrogata dal n. I della LF del 20 dic. 2006 (Tariffe delle cure) (RU 2006 5767, 2007 385; FF 2006 6925 6933).

<sup>259</sup> RU 2006 5767; FF 2006 6925 6933

<sup>260</sup> Testo rettificato dalla Commissione di redazione dell'AF (art. 58 cpv. 1 LParl – RS 171.10).

<sup>261</sup> RU 2006 5767, 2007 385; FF 2006 6925 6933

**Disposizioni transitorie relative alla modifica del 21 dicembre 2007 (finanziamento ospedaliero)<sup>262</sup>**

<sup>1</sup> L'introduzione degli importi forfettari che si rifanno alle prestazioni secondo l'articolo 49 capoverso 1 e l'applicazione delle regole di finanziamento secondo l'articolo 49a, inclusi i costi d'investimento, devono essere concluse al più tardi il 31 dicembre 2011.

<sup>2</sup> Il Consiglio federale determina:

- a. le modalità d'introduzione;
- b. la procedura in base alla quale gli investimenti effettuati prima dell'entrata in vigore della presente modifica vengono presi in considerazione nel calcolo della tariffa.

<sup>3</sup> Le pianificazioni ospedaliere cantonali devono adempiere le esigenze di cui all'articolo 39 al più tardi tre anni dopo l'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1. Esse devono basarsi su comparazioni tra ospedali per quanto concerne la qualità e l'economicità.

<sup>4</sup> Fino all'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1, i Cantoni e gli assicuratori partecipano ai costi delle cure ospedaliere conformemente alle regole di finanziamento vigenti prima della presente modifica. Durante il periodo di adeguamento degli elenchi degli ospedali conformemente al capoverso 3 i Cantoni devono assumere la loro quota di partecipazione ai costi in tutti gli ospedali che figurano sugli elenchi aggiornati.

<sup>5</sup> I Cantoni fissano la loro quotaparte di finanziamento secondo l'articolo 49a capoverso 2 al più tardi per il 1° gennaio 2012. I Cantoni in cui il premio medio per gli adulti al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1 è inferiore a quello medio a livello nazionale possono stabilire la loro quota di partecipazione alla remunerazione tra il 45 e il 55 per cento. Entro il 1° gennaio 2017 l'adeguamento annuale della quotaparte, a partire dalla prima determinazione, può ammontare a due punti percentuali al massimo.

<sup>6</sup> La normativa di cui all'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> è parimenti attuata al momento dell'introduzione degli importi forfettari secondo il capoverso 1.

**Disposizioni transitorie della modifica del 21 dicembre 2007 (compensazione dei rischi)<sup>263</sup>***1. Continuazione dell'attuale compensazione dei rischi*

Fino all'entrata in vigore della modifica del 21 dicembre 2007 (Compensazione dei rischi) si applica l'attuale compensazione dei rischi secondo l'articolo 105.

<sup>262</sup> RU 2008 2049; FF 2004 4903

<sup>263</sup> RU 2009 4755; FF 2004 4903

## 2. Nuova compensazione dei rischi

<sup>1</sup> Gli assicuratori il cui effettivo di assicurati donne, persone anziane e persone con un rischio di malattia elevato è inferiore a quello medio dell'insieme degli assicuratori devono versare un contributo all'istituzione comune (art. 18) a favore degli assicuratori il cui effettivo di assicurati donne, persone anziane e persone con un rischio di malattia elevato supera questa media; il contributo è destinato a compensare integralmente le differenze medie di rischio tra i gruppi di rischio determinanti.

<sup>2</sup> Il criterio determinante per valutare il rischio di malattia elevato è la degenza di oltre tre giorni in un ospedale o in una casa di cura (art. 39) nel corso dell'anno precedente.

<sup>3</sup> Il confronto è effettuato sulla base della struttura dell'effettivo degli assicurati nell'anno civile per il quale si procede alla compensazione dei rischi (anno della compensazione). Le differenze medie di rischio per sesso e per età, nonché i costi consecutivi a una degenza in un ospedale o in una casa di cura si riferiscono alla situazione esistente nell'anno civile prima dell'anno della compensazione; per il calcolo delle differenze medie di rischio il rilevamento delle degenze in un ospedale o in una casa di cura avviene sulla base della situazione esistente nel penultimo anno civile prima dell'anno di compensazione; per il calcolo dei contributi e dei sussidi, sulla base della situazione esistente nell'anno civile prima dell'anno della compensazione. Le persone che al momento della degenza determinante in un ospedale o in una casa di cura non erano assicurate secondo la presente legge non vengono prese in considerazione nell'ambito del rilevamento di tali degenze.

<sup>4</sup> L'istituzione comune esegue la compensazione dei rischi tra assicuratori in ogni singolo Cantone.

<sup>5</sup> Il Consiglio federale emana le disposizioni d'esecuzione per la compensazione dei rischi salvaguardando l'incentivo per gli assicuratori di perseguire l'economicità dei costi. Definisce in dettaglio le degenze in un ospedale o in una casa di cura determinanti per la compensazione dei rischi e designa le eccezioni.

<sup>6</sup> Il Consiglio federale disciplina inoltre:

- a. la riscossione degli interessi di mora e il rimborso degli interessi retributivi;
- b. il risarcimento del danno;
- c. il termine scaduto il quale l'istituzione comune può rifiutare di ricalcolare la compensazione dei rischi.

<sup>7</sup> La compensazione dei rischi è attuata per cinque anni a contare dall'entrata in vigore della modifica del 21 dicembre 2007 (Compensazione dei rischi).

**Disposizioni transitorie alla modifica del 13 giugno 2008<sup>264</sup>**

<sup>1</sup> I contributi alle cure conformemente all'articolo 25a capoverso 1 sono fissati la prima volta in modo da corrispondere alla somma delle retribuzioni per le cure dispensate ambulatoriamente e in casa di cura nell'anno precedente l'entrata in vigore. Se questa regola non può essere rispettata nel primo anno dopo l'entrata in vigore della presente modifica, il Consiglio federale procede agli adeguamenti necessari negli anni successivi.

<sup>2</sup> Le tariffe e le convenzioni tariffali vigenti all'entrata in vigore della presente modifica devono essere adattate entro tre anni agli importi fissati dal Consiglio federale. I governi cantonali disciplinano tale adattamento.

**Disposizione transitoria della modifica del 12 giugno 2009<sup>265</sup>****Disposizioni transitorie della modifica del 19 marzo 2010<sup>266</sup>**

<sup>1</sup> L'assicuratore rimunerà le prestazioni all'assicurato (terzo garante), al fornitore di prestazioni (terzo pagante) o al Cantone che assume:

- a. i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente; e
- b. gli interessi di mora e le spese di esecuzione scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica.

<sup>2</sup> Se il Cantone non assume i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato scaduti al momento dell'entrata in vigore della presente modifica per i quali è stato rilasciato un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente, la sospensione delle assunzioni dei costi delle prestazioni conformemente al diritto anteriore è mantenuta e le prestazioni fornite sino all'entrata in vigore della presente modifica non sono rimborsate. Non appena l'assicurato ha pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, nonché gli interessi di mora e le spese di esecuzione, l'assicuratore assume i costi delle prestazioni fornite.

<sup>3</sup> I Cantoni introducono il sistema di riduzione dei premi conformemente all'articolo 65 capoverso 1 entro due anni dall'entrata in vigore della presente modifica. Fintanto che l'importo della riduzione dei premi è versato direttamente agli assicurati, il Cantone assume, invece dell'85 per cento, l'87 per cento dei crediti di cui all'articolo 64a capoverso 4.

<sup>264</sup> RU 2009 3517 6847 n. I; FF 2005 1839

<sup>265</sup> RU 2009 5265; FF 2009 2867 2877. In vigore fino al 31 dic. 2011.

<sup>266</sup> RU 2011 3523; FF 2009 5757 5771

**Disposizione transitoria della modifica del 23 dicembre 2011<sup>267</sup>**

Per i fornitori di prestazioni ai sensi dell'articolo 35 capoverso 2 lettera a, il Consiglio federale stabilisce il metodo di controllo dell'economicità delle prestazioni di cui all'articolo 56 capoverso 6 se, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente modifica, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni non hanno convenuto un metodo mediante contratto.

**Disposizioni transitorie della modifica del 21 giugno 2013<sup>268</sup>  
(reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno)**

<sup>1</sup> Non è subordinata all'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei medici che sono stati autorizzati secondo l'articolo 36 e hanno esercitato nel proprio studio a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prima dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2013.

<sup>2</sup> Non è subordinata all'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei medici che hanno esercitato in un istituto di cui all'articolo 36a o nel settore ambulatoriale di un ospedale di cui all'articolo 39 prima dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2013, sempreché continuino a esercitare nello stesso istituto o nel settore ambulatoriale dello stesso ospedale.

<sup>267</sup> RU 2012 4087; FF 2011 2301 2311

<sup>268</sup> RU 2013 2065; FF 2012 8289. In vigore fino al 30 giu. 2016.

*Allegato*

## **Abrogazione e modifica di leggi federali**

**1. La legge federale del 13 giugno 1911<sup>269</sup> sull'assicurazione contro le malattie è abrogata.**

**2. a 6.**

...<sup>270</sup>

<sup>269</sup> [CS 8 273; RU 1959 876, 1964 981, 1968 65, 1971 1461 n. II art. 6 n. 2, 1977 2249 n. I 611, 1978 1836 all. n. 4, 1982 196 1676 all. n. I 2184 art. 114, 1990 1091, 1991 362 n. II 412, 1992 288 all. n. 37, 1995 511]

<sup>270</sup> Le mod. possono essere consultate alla RU 1995 1328.

