

# Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

del 27 giugno 1995 (Stato 30 dicembre 2003)

---

*Il Consiglio federale svizzero,*

visto l'articolo 81 della legge federale del 6 ottobre 2000<sup>1</sup> sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA);

visto l'articolo 96 della legge federale del 18 marzo 1994<sup>2</sup> sull'assicurazione malattie (legge/LAMal),<sup>3</sup>

*ordina:*

## **Parte prima: Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie**

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

#### **Capitolo 1: Disposizioni generali**

#### **Sezione 1: Persone tenute ad assicurarsi**

##### **Art. 1** Obbligo d'assicurazione

<sup>1</sup> Le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli articoli 23 a 26 del Codice civile svizzero<sup>4</sup> (CC) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'articolo 3 della legge.

<sup>2</sup> Sono inoltre tenuti ad assicurarsi:

- a.<sup>5</sup> gli stranieri con permesso di dimora ai sensi dell'articolo 5 della legge federale del 26 marzo 1931<sup>6</sup> concernente la dimora e il domicilio degli stranieri (LDDS), valevole almeno tre mesi;
- b. gli stranieri esercitanti un'attività lucrativa dipendente con permesso di dimora valevole meno di tre mesi, se non beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera;
- c.<sup>7</sup> le persone che hanno presentato una domanda d'asilo in Svizzera conformemente all'articolo 18 della legge sull'asilo del 26 giugno 1998<sup>8</sup> (legge

RU 1995 3867

<sup>1</sup> RS 830.1

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>4</sup> RS 210

<sup>5</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>6</sup> RS 142.20

<sup>7</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 ago. 1999, in vigore dal 1° ott. 1999 (RU 1999 2403).

<sup>8</sup> RS 142.31

sull'asilo), le persone cui è stata concessa la protezione provvisoria giusta l'articolo 66 della legge sull'asilo nonché le persone, per le quali è stata decisa l'ammissione provvisoria conformemente all'articolo 14a LDDS;

- d.<sup>9</sup> le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 1999<sup>10</sup> tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone) e del relativo allegato II, menzionati nell'articolo 95a lettera a della legge;
- e.<sup>11</sup> le persone che risiedono in Islanda o in Norvegia e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 2001<sup>12</sup> di emendamento della Convenzione istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (Accordo AELS), del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K, menzionati nell'articolo 95a lettera b della legge;
- f.<sup>13</sup> le persone con permesso di dimora di breve durata o permesso di dimora ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone o dell'Accordo AELS, valevole almeno tre mesi.

## Art. 2 Eccezioni all'obbligo d'assicurazione

<sup>1</sup> Non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione:

- a.<sup>14</sup> gli agenti della Confederazione, in attività o in pensione, sottoposti all'assicurazione militare ai sensi dell'articolo 1a capoverso 1 lettera b numeri 1 a 7 e dell'articolo 2 della legge federale del 19 giugno 1992<sup>15</sup> sull'assicurazione militare (LAM);
- b. le persone che soggiornano in Svizzera al solo scopo di seguire un trattamento medico o una cura;
- c.<sup>16</sup> le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone<sup>17</sup> e del relativo allegato II, dell'Accordo AELS<sup>18</sup> e del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K o di una convenzione di sicurezza sociale, sottostanno alla normativa di un altro Stato a causa della loro attività lucrativa in tale Stato;

<sup>9</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU 2002 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>10</sup> RS 0.142.112.681

<sup>11</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU 2002 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>12</sup> RS 0.632.31

<sup>13</sup> Introdotta dal n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>14</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>15</sup> RS 833.1

<sup>16</sup> Introdotta dal n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>17</sup> RS 0.142.112.681

<sup>18</sup> RS 0.632.31

- d.<sup>19</sup> le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K, sottostanno alla normativa di un altro Stato poiché percepiscono una prestazione di un'assicurazione estera contro la disoccupazione;
- e.<sup>20</sup> le persone che non hanno diritto a una rendita svizzera ma hanno diritto a una rendita di uno Stato membro della Comunità europea in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o a una rendita islandese o norvegese in virtù dell'Accordo AELS, del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K;
- f.<sup>21</sup> le persone che sono incluse nell'assicurazione malattie estera di una delle persone di cui alle lettere c, d o e e quali suoi familiari e hanno diritto all'assistenza reciproca in materia di prestazioni o beneficiano di una copertura equivalente per le cure in Svizzera;
- g.<sup>22</sup> le persone che sono incluse nell'assicurazione malattie estera di una persona quali suoi familiari e hanno diritto all'assistenza reciproca in materia di prestazioni.

<sup>2</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto di uno Stato con il quale non sussiste alcuna normativa concernente la delimitazione dell'obbligo di assicurazione, se l'assoggettamento all'assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie.<sup>23</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>24</sup>

<sup>4</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo di assicurazione le persone che soggiornano in Svizzera nell'ambito di una formazione o di un perfezionamento, quali studenti, allievi, praticanti e stagisti, come pure i familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, purché durante l'intera durata di validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera.<sup>25</sup> La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'autorità cantonale competente può esonerare queste persone dall'obbligo di assicurarsi per al massimo tre anni. A domanda, l'esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare.<sup>26</sup>

<sup>19</sup> Introdotta dal n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>20</sup> Introdotta dal n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>21</sup> Introdotta dal n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>22</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>23</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>24</sup> Abrogato dal n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>25</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>26</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 25 nov. 1996 (RU **1996** 3139). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>4bis</sup> A domanda, sono esentati dall'obbligo di assicurazione i docenti e i ricercatori che soggiornano in Svizzera nell'ambito di un incarico di insegnamento o di una ricerca, come pure i familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, purché durante l'intera durata di validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera.<sup>27</sup> La richiesta dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'autorità cantonale competente può esentare queste persone dall'obbligo di assicurarsi per tre anni al massimo. A domanda, l'esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare.<sup>28</sup>

<sup>5</sup> Su domanda, sono esentati dall'obbligo d'assicurazione i lavoratori distaccati in Svizzera non tenuti a pagare i contributi dell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) in virtù di una convenzione internazionale di sicurezza sociale come pure i loro familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2, se il datore di lavoro provvede affinché durante l'intera durata di validità dell'esenzione siano almeno coperte le prestazioni secondo la LAMal per le cure in Svizzera. Questa norma si applica per analogia ad altre persone non tenute a pagare contributi dell'AVS/AI in caso di soggiorno temporaneo in Svizzera in virtù di un'autorizzazione prevista da una convenzione internazionale. L'interessato e il suo datore di lavoro non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione.<sup>29</sup>

<sup>6</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone<sup>30</sup> e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera.<sup>31</sup>

<sup>7</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone che dispongono di un permesso di dimora per persone senza attività lucrativa secondo l'Accordo sulla libera circolazione delle persone o l'Accordo AELS, purché durante l'intera validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare.<sup>32</sup>

<sup>8</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone a cui l'assoggettamento all'assicurazione svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi e che a causa della loro età e/o del loro stato di salute non possono stipulare un'assicurazione complementare equiparabile o lo possono fare solo a condizioni difficilmente sostenibili. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le infor-

<sup>27</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>28</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>29</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

<sup>30</sup> **RS 0.142.112.681**

<sup>31</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>32</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU **2002** 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

mazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare.<sup>33</sup>

### **Art. 3** Frontalieri

<sup>1</sup> A loro domanda vengono assoggettati all'assicurazione svizzera i frontalieri che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera non soggetti all'obbligo d'assicurazione ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera d ed e nonché i loro familiari, purché non esercitino all'estero un'attività lucrativa per cui siano tenuti ad assicurarsi contro le malattie.<sup>34</sup>

<sup>2</sup> Sono considerati familiari il coniuge e i figli che non hanno ancora compiuto i 18 anni come pure i figli in formazione che non hanno ancora compiuto i 25 anni.

### **Art. 4** Lavoratori distaccati all'estero

<sup>1</sup> Rimangono soggetti all'assicurazione obbligatoria in Svizzera i lavoratori distaccati all'estero, come pure i loro familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, se:

- a. erano assicurati d'obbligo in Svizzera immediatamente prima di essere distaccati all'estero e
- b. lavorano per conto di un datore di lavoro che ha il domicilio o la sede in Svizzera.

<sup>2</sup> Per i familiari, l'obbligo d'assicurazione decade se esercitano all'estero un'attività lucrativa che implica l'assoggettamento a un'assicurazione malattie obbligatoria.

<sup>3</sup> L'assicurazione obbligatoria si protrae per due anni. A domanda, l'assicuratore la protrae per sei anni in tutto.

<sup>4</sup> Per le persone considerate distaccate all'estero ai sensi di una convenzione internazionale di sicurezza sociale, la protrazione dell'assicurazione corrisponde alla durata autorizzata da questa convenzione. La stessa regola è applicabile alle altre persone che, in base a siffatta convenzione, sono soggette alla legislazione svizzera durante un soggiorno temporaneo all'estero.

### **Art. 5** Persone che soggiornano all'estero al servizio di una collettività pubblica

<sup>1</sup> Le seguenti persone e i loro familiari che le accompagnano, ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2, sono soggetti all'assicurazione obbligatoria:

- a. gli agenti federali del Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE), sottoposti a un regime di mutazioni;

<sup>33</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>34</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

- b. gli agenti federali del DFAE o di un altro Dipartimento che lavorano all'estero;
- c. le persone che lavorano all'estero per conto di altre collettività o istituti svizzeri di diritto pubblico.

<sup>2</sup> Per i familiari, l'obbligo d'assicurazione decade se esercitano all'estero un'attività lucrativa che implica l'assoggettamento a un'assicurazione malattie obbligatoria.

<sup>3</sup> Il personale reclutato sul posto non è soggetto all'assicurazione obbligatoria.

#### **Art. 6** Persone a beneficio di privilegi in virtù del diritto internazionale

<sup>1</sup> I membri delle missioni diplomatiche, delle missioni permanenti e delle sedi consolari in Svizzera come pure gli impiegati di organizzazioni internazionali e i corrispettivi familiari che li accompagnano non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione. Essi sono soggetti all'assicurazione svizzera se ne fanno espressa domanda.

<sup>2</sup> Il personale domestico dei membri delle missioni diplomatiche, delle missioni permanenti e delle sedi consolari in Svizzera come pure il personale domestico degli impiegati di organizzazioni internazionali è soggetto all'assicurazione obbligatoria se non è assicurato nello Stato del datore di lavoro o in uno Stato terzo. Il DFAE regola in dettaglio le norme d'applicazione di questa disposizione.

<sup>3</sup> Gli ex funzionari di organizzazioni internazionali come pure i loro familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2 sono, a domanda, esentati dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente presso l'assicurazione malattie della loro primitiva organizzazione. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente dell'organizzazione internazionale che dia tutte le informazioni necessarie.

## **Sezione 2: Inizio e fine dell'assicurazione**

#### **Art. 7** In generale

<sup>1</sup> I cittadini stranieri con un permesso di domicilio, con un permesso di dimora oppure con un permesso di dimora di breve durata ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettere a e f sono tenuti ad assicurarsi entro tre mesi dal momento in cui si sono annunciati presso il competente ufficio di controllo degli abitanti. Se l'affiliazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dalla data del suddetto annuncio. In caso di affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dalla data dell'affiliazione.<sup>35</sup>

<sup>2</sup> Gli stranieri con permesso di dimora ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b devono essere assicurati a partire dalla loro entrata in Svizzera.

<sup>35</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>3</sup> Per le persone di cui ai capoversi 1 e 2, l'assicurazione cessa il giorno per il quale la partenza dalla Svizzera è stata notificata al competente ufficio del controllo degli abitanti, in ogni caso il giorno della partenza effettiva dalla Svizzera o alla morte dell'assicurato.

<sup>4</sup> I frontalieri e i loro familiari che desiderano essere soggetti all'assicurazione svizzera (art. 3 cpv. 1) devono assicurarsi entro tre mesi dall'inizio della validità del permesso di frontaliere. Se l'affiliazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dalla data della validità del permesso. In caso di affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dalla data dell'affiliazione.<sup>36</sup> L'assicurazione cessa con l'abbandono dell'attività lucrativa in Svizzera, la scadenza o la revoca del permesso di frontaliere, la morte dell'assicurato o la rinuncia all'assoggettamento all'assicurazione svizzera. In quest'ultimo caso, fatti salvi motivi particolari, non può essere presentata una nuova domanda.

<sup>5</sup> I richiedenti l'asilo nonché le persone bisognose di protezione devono assicurarsi senza indugio a partire dalla ripartizione ai Cantoni giusta l'articolo 27 della legge sull'asilo<sup>37</sup>. Le persone ammesse provvisoriamente devono assicurarsi subito dopo la decisione d'ammissione provvisoria. L'assicurazione inizia il giorno della presentazione della domanda d'asilo o della decisione d'ammissione provvisoria o di concessione della protezione provvisoria. L'assicurazione cessa il giorno in cui provatamente queste persone hanno lasciato la Svizzera oppure 30 giorni dopo la data di partenza stabilita da una decisione cresciuta in giudicato o con la morte dell'assicurato.<sup>38</sup>

<sup>6</sup> Le persone a beneficio di privilegi in virtù del diritto internazionale e i loro familiari che desiderano essere soggetti all'assicurazione svizzera (art. 6 cpv. 1) devono assicurarsi entro sei mesi dall'ottenimento della carta di legittimazione del DFAE. L'assicurazione inizia il giorno in cui hanno ottenuto questa carta di legittimazione. L'assicurazione cessa alla fine dell'attività ufficiale in Svizzera, con la morte o la rinuncia all'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria svizzera. In quest'ultimo caso, fatti salvi motivi particolari, non può essere presentata una nuova domanda.

<sup>7</sup> Gli agenti della Confederazione in attività o in pensione ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 lettera a che escono dall'assicurazione militare devono assicurarsi per le cure medico-sanitarie presso un assicuratore designato nell'articolo 11 della legge entro tre mesi dall'uscita dall'assicurazione militare. Se l'affiliazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dall'uscita dall'assicurazione militare.

<sup>8</sup> Le persone tenute ad assicurarsi ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettere d ed e devono assicurarsi entro tre mesi dalla nascita dell'obbligo d'assicurazione in Svizzera. Se si assicurano entro questo termine, l'assicurazione inizia dall'assoggettamento all'assicurazione svizzera. Se si assicurano più tardi, l'assicurazione inizia dalla data dell'affiliazione. L'assicurazione cessa se queste persone non adempiono più le condizioni per un assoggettamento all'assicurazione svizzera conformemente

<sup>36</sup> Nuovo testo del primo al terzo per. giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>37</sup> RS 142.31

<sup>38</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 ago. 1999, in vigore dal 1° ott. 1999 (RU 1999 2403).

all'Accordo sulla libera circolazione delle persone<sup>39</sup> e al relativo allegato II o all'Accordo AELS<sup>40</sup>, al relativo allegato K e all'appendice 2 dell'allegato K.<sup>41</sup>

**Art. 7a<sup>42</sup>** Continuazione dell'assicurazione per persone non più soggette d'obbligo

Gli assicuratori possono offrire alle persone che sono state soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi dell'articolo 1 capoversi 1 e 2 lettere a e c e degli articoli 3–6 la continuazione dei rapporti d'assicurazione su base contrattuale. Il contratto può essere stipulato con lo stesso assicuratore o con un altro. Il finanziamento delle prestazioni corrispondenti a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è retto dai principi dell'assicurazione sociale malattie. I rapporti d'assicurazione soggiacciono alla legge del 2 aprile 1908<sup>43</sup> sul contratto d'assicurazione.

**Art. 7b<sup>44</sup>** Prolungamento dell'obbligo d'assicurazione

Gli assicuratori informano per iscritto gli assicurati di cui all'articolo 6a capoverso 1 della legge circa il prolungamento dell'obbligo d'assicurazione.

**Art. 8** Supplemento di premio in caso d'affiliazione tardiva

<sup>1</sup> Il supplemento di premio in caso d'affiliazione tardiva, previsto nell'articolo 5 capoverso 2 della legge, è riscosso per una durata pari al doppio di quella del ritardo d'affiliazione. Esso è compreso tra il 30 ed il 50 per cento del premio. L'assicuratore stabilisce il supplemento secondo la situazione finanziaria dell'assicurato. Se il pagamento del supplemento risulta oltremodo gravoso per l'assicurato, l'assicuratore stabilisce un tasso inferiore al 30 per cento, considerate equamente la situazione dell'assicurato e le circostanze del ritardo.

<sup>2</sup> Non è riscosso alcun supplemento se i premi sono assunti da un'autorità d'assistenza sociale.

**Art. 9<sup>45</sup>** Fine del rapporto assicurativo

Se un assicurato non sottoposto alla legislazione svizzera in materia d'assistenza sociale non paga premi o partecipazioni ai costi e la procedura esecutiva non può essere promossa contro di lui oppure non sfocia nel pagamento dei premi o delle partecipazioni ai costi, l'assicuratore può sciogliere il rapporto assicurativo, previa diffida scritta e avvertenza sulle conseguenze dell'omesso pagamento.

<sup>39</sup> RS **0.142.112.681**

<sup>40</sup> RS **0.632.31**

<sup>41</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU **2002** 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>42</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1996 (RU **1996** 3139).

<sup>43</sup> RS **221.229.1**

<sup>44</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>45</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3908).

### Sezione 3: Compiti dei Cantoni

#### Art. 10

<sup>1</sup> I Cantoni informano periodicamente la popolazione circa l'obbligo d'assicurazione. Provvedono segnatamente affinché le persone provenienti dall'estero e i genitori di neonati siano informati tempestivamente.

<sup>1bis</sup> Le informazioni sull'obbligo d'assicurazione destinate ai detentori di un permesso di dimora di corta durata, di un permesso di dimora o di un permesso di domicilio valgono parimenti per i loro familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.<sup>46</sup>

<sup>2</sup> L'autorità cantonale competente decide delle domande di cui all'articolo 2 capoversi 3–5 e all'articolo 6 capoverso 3.<sup>47</sup>

<sup>3</sup> Gli assicuratori sociali preposti al pagamento delle rendite e gli organi dell'assicurazione contro la disoccupazione assistono i Cantoni nel compito d'informare circa l'obbligo d'assicurazione delle persone di cui all'articolo 6a capoverso 1 lettere b e c della legge.<sup>48</sup>

### Capitolo 2: Sospensione dell'obbligo d'assicurazione e della copertura dell'infortunio<sup>49</sup>

#### Art. 10a<sup>50</sup> Sospensione dell'obbligo d'assicurazione

<sup>1</sup> La sospensione dell'obbligo d'assicurazione di cui all'articolo 3 capoverso 4 della legge inizia il giorno in cui l'assicurato è soggetto alla LAM<sup>51</sup>.

<sup>2</sup> Al termine dell'assoggettamento all'assicurazione militare, l'assicurato deve fornire all'assicuratore la prova circa l'effettiva durata dell'assoggettamento.

<sup>3</sup> Se l'assicurato è stato assoggettato all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi, l'assicuratore gli restituisce l'ammontare dei premi pagati durante il periodo di sospensione.

<sup>4</sup> L'assicuratore comunica alle competenti autorità cantonali le persone il cui obbligo d'assicurazione è stato sospeso e la durata della sospensione.

<sup>46</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU 2002 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>47</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>48</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>49</sup> Originariamente avanti l'art. 11. Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU 2001 138).

<sup>50</sup> Introdotto dal n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU 2001 138).

<sup>51</sup> RS 833.1

**Art. 11** Sospensione della copertura dell'infortunio<sup>52</sup>

<sup>1</sup> La sospensione della copertura dell'infortunio prevista nell'articolo 8 della legge, effettuata a domanda scritta dell'assicurato, inizia al più presto il primo giorno del mese che segue questa domanda.

<sup>2</sup> Prima della fine del rapporto di lavoro, della nascita del diritto all'indennità di disoccupazione o della copertura degli infortuni non professionali, il datore di lavoro oppure l'assicurazione contro la disoccupazione deve informare per scritto l'assicurato circa l'obbligo, per questo, di comunicare all'assicuratore-malattie da quando cessa la copertura dell'infortunio. L'assicurato deve fare detta comunicazione all'assicuratore-malattie nel mese che segue l'informazione del datore di lavoro o dell'assicurazione contro la disoccupazione.

**Titolo 2: Organizzazione****Capitolo 1: Assicuratori****Art. 12** Riconoscimento delle casse malati

<sup>1</sup> Le casse malati ai sensi dell'articolo 12 della legge devono essere organizzate in una delle seguenti forme giuridiche:

- a. associazione (art. 60 CC<sup>53</sup>), fondazione (art. 80 CC), società cooperativa (art. 828 del codice delle obbligazioni<sup>54</sup> CO) o società anonima con fine non economico (art. 620 cpv. 3 CO);
- b. persona giuridica di diritto pubblico cantonale.

<sup>2</sup> Il riconoscimento è pronunciato contemporaneamente all'autorizzazione di praticare prevista nell'articolo 13 della legge. Esso ha effetto all'inizio di un anno civile. La relativa domanda dev'essere presentata all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) entro il 30 giugno dell'anno precedente. Alla domanda vanno allegati:

- a. gli statuti, l'atto costitutivo o il pertinente decreto cantonale o comunale come pure un estratto del registro di commercio;
- b. le disposizioni sulle forme particolari dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie previste nell'articolo 62 della legge e sull'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi degli articoli 67 a 77 della legge, come pure le eventuali disposizioni generali sui diritti e gli obblighi degli assicurati;
- c. le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi degli articoli 67 a 77 della legge;

<sup>52</sup> Introdotta dal n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU 2001 138).

<sup>53</sup> RS 210

<sup>54</sup> RS 220

- d. il preventivo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi degli articoli 67 a 77 della legge;
- e. un riepilogo delle riserve e degli accantonamenti riguardo le categorie d'assicurazione di cui alla lettera d;
- f. la comunicazione inerente la presentazione della domanda all'Ufficio federale delle assicurazioni private (UFAP), se la cassa prevede di esercitare assicurazioni complementari e altri rami d'assicurazione ai sensi dell'articolo 12 capoverso 2 della legge.

<sup>3</sup> La riserva minima di una cassa malati (art. 78) che domanda il riconoscimento deve corrispondere a quella di una cassa malati con 10 000 assicurati.<sup>55</sup> Servono da base di calcolo i costi medi delle cure medico-sanitarie secondo l'ultima statistica dell'assicurazione malattia stabilita dall'UFAS, maggiorati del 50 per cento. L'UFAS può ammettere una riserva minima inferiore per le casse malati con raggio d'attività territoriale assai ristretto.

<sup>4</sup> Il Dipartimento federale dell'interno (dipartimento) pronuncia il riconoscimento se sono adempiute le condizioni legali e se le tariffe dei premi sono state approvate dall'UFAS.

<sup>5</sup> Il dipartimento ritira il riconoscimento se la cassa malati lo richiede oppure se essa non adempie più le condizioni legali. Provvede affinché il ritiro del riconoscimento diventi effettivo solo quando tutti gli assicurati sono stati ripresi da altri assicuratori.

#### **Art. 13** Assicurazioni complementari

Le casse possono esercitare le assicurazioni complementari previste nell'articolo 12 capoverso 2 della legge se ne sono state autorizzate dal Dipartimento federale di giustizia e polizia.

#### **Art. 14** Altri rami d'assicurazione

Gli altri rami d'assicurazione ai sensi dell'articolo 12 capoverso 2 della legge sono:

- a. indennità in caso di morte di 6000 franchi al massimo;
- b. indennità in caso di morte in seguito a infortunio di 6000 franchi al massimo;
- c. indennità in caso d'invalidità in seguito a malattia e infortunio di 6000 franchi al massimo cadauna;
- d. indennità in caso d'invalidità in seguito a paralisi di 70 000 franchi al massimo.

<sup>55</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 3249).

**Art. 15** Autorizzazione a esercitare

<sup>1</sup> L'autorizzazione a esercitare prevista nell'articolo 13 della legge diventa effettiva all'inizio di un anno civile. La relativa domanda dev'essere presentata all'UFAS entro il 30 giugno dell'anno precedente. Alla domanda vanno allegati:

- a. per le casse malati, i documenti di cui all'articolo 12 capoverso 2 lettere a–e;
- b. per gli istituti d'assicurazione privati, i documenti comprovanti l'autorizzazione a esercitare l'assicurazione malattie conformemente alla legge federale del 23 giugno 1978<sup>56</sup> (LSA) sulla sorveglianza degli assicuratori, come pure i documenti di cui all'articolo 12 capoverso 2 lettere b–e.

<sup>2</sup> Il dipartimento pronuncia l'autorizzazione se sono adempiute le condizioni legali e se le tariffe dei premi sono state approvate dall'UFAS.

**Art. 15a<sup>57</sup>** Esenzione dall'obbligo di offrire l'assicurazione

<sup>1</sup> Dall'obbligo di cui all'articolo 13 capoverso 2 lettera f della legge sono esonerati solo gli assicuratori con meno di 100 000 assicurati a condizione che:

- a. non vogliano offrire prestazioni in alcuno Stato membro della Comunità europea né in Islanda né in Norvegia;
- b. vogliano offrire prestazioni solo in uno, diversi o tutti gli Stati di cui alla lettera a in cui avevano già offerto prestazioni al momento della presentazione della domanda d'esenzione.<sup>58</sup>

<sup>2</sup> La domanda d'esenzione va inoltrata all'UFAS al più tardi entro il 30 giugno. L'esenzione ha effetto a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente.

<sup>3</sup> Il Dipartimento decide sull'esenzione.

**Capitolo 2: Riassicuratori****Art. 16** Autorizzazione a esercitare

<sup>1</sup> Possono essere autorizzati a esercitare la riassicurazione ai sensi dell'articolo 14 della legge:

- a. gli istituti che riassicurano le prestazioni dell'assicurazione malattie ai sensi della legge per almeno 50 000 persone;
- b. le casse malati con almeno 50 000 assicurati;
- c. gli istituti d'assicurazione privati abilitati a riassicurare prestazioni dell'assicurazione malattie.

<sup>56</sup> RS 961.01

<sup>57</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>58</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633). Vedi anche il cpv. 2 delle disp. fin. di detta modificazione, alla fine del presente testo.

<sup>2</sup> L'articolo 15 capoverso 1 si applica per analogia. Il dipartimento accorda l'autorizzazione quando sono adempiute le condizioni legali.

<sup>3</sup> Le disposizioni concernenti gli assicuratori sono applicabili per analogia ai riassicuratori per quanto ne siano toccati.

#### **Art. 17** Riserve

<sup>1</sup> L'UFAS appronta le direttive sulla costituzione delle riserve per la riassicurazione.

<sup>2</sup> Se l'effettivo di un riassicuratore ai sensi dell'articolo 16 capoverso 1 lettere a e b scende provvisoriamente al di sotto delle 50'000 unità, l'UFAS può esigere garanzie supplementari.

#### **Art. 18** Riassicurazione

<sup>1</sup> Se un assicuratore è riassicurato, i premi di riassicurazione non possono superare il 50 per cento del totale dei premi dovuti dai suoi assicurati.

<sup>2</sup> I riassicuratori devono comunicare all'UFAS i contratti di riassicurazione, le loro modifiche e complementi. I contratti devono regolare la disdetta. Essi devono poter essere disdetti almeno per la fine di ogni anno civile che segue quello in cui sono entrati in vigore. Il termine di preavviso dev'essere di almeno sei mesi. Il riassicuratore deve informare immediatamente l'UFAS della disdetta.

### **Capitolo 3: Istituzione comune**

#### **Art. 19<sup>59</sup>** Adempimento di obblighi internazionali

<sup>1</sup> All'istituzione comune compete l'esecuzione dei compiti di cui all'articolo 95a della legge in qualità di organo di collegamento. Essa svolge anche i compiti di assistenza reciproca al luogo di residenza o di dimora degli assicurati per i quali esiste un diritto, fondato sull'articolo 95a della legge, a un'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. L'istituzione comune è inoltre competente dell'esecuzione dell'assistenza reciproca in materia di prestazioni e dei compiti che le incombono, in qualità di organo di collegamento, in virtù di altri accordi internazionali.<sup>60</sup>

<sup>2</sup> L'istituzione comune assume inoltre compiti di coordinamento per l'adempimento degli obblighi di cui all'articolo 95a della legge. Adempie segnatamente i compiti seguenti:

- a.<sup>61</sup> stabilisce, in base alle statistiche dei costi riconosciuti dall'organo competente della Comunità europea (Commissione amministrativa per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti), le aliquote pro capite che gli assicuratori devono considerare per il calcolo dei premi degli assicurati residenti in uno

<sup>59</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>60</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 3249).

<sup>61</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia ai sensi degli articoli 94 e 95 del regolamento (CEE) n. 574/72<sup>62</sup> nella sua versione aggiornata<sup>63</sup> (regolamento CEE 574/72) menzionato all'articolo 95a della legge;

- b.<sup>64</sup> stabilisce all'attenzione dell'UFAS, in base alle statistiche dei costi dell'assicurazione malattie svizzera, i costi medi annui correnti per le prestazioni medico-sanitarie che devono essere conteggiati alle competenti istituzioni degli Stati membri della Comunità europea, dell'Islanda e della Norvegia per i loro assicurati residenti in Svizzera ai sensi degli articoli 94 e 95 del regolamento CEE 574/72;
- c.<sup>65</sup> appronta entro il 30 aprile un rapporto all'attenzione dell'UFAS sull'esecuzione dell'assistenza reciproca in materia di prestazioni, evidenziando il numero di casi, i costi complessivi e i rimborsi arretrati. I dati vanno differenziati per ogni singolo Stato membro della Comunità europea, per l'Islanda, per la Norvegia e per ogni singolo assicuratore svizzero.

<sup>3</sup> I costi inerenti l'esecuzione dei compiti che l'istituzione comune adempie in qualità di istituzione d'assistenza reciproca come pure quelli inerenti il rapporto di cui al capoverso 2 lettera c sono assunti dagli assicuratori proporzionalmente al numero di persone che assicurano a titolo obbligatorio per le cure medico-sanitarie. La Confederazione assume gli interessi maturati in seguito al prefinanziamento dell'assistenza reciproca in materia di prestazioni. La Confederazione assume inoltre i costi dei compiti che l'istituzione comune svolge in qualità di organo di collegamento come pure i costi per i calcoli di cui al capoverso 2 lettere a e b.

<sup>4</sup> Se, giusta l'articolo 42 capoverso 2 della legge, assicuratori e fornitori di prestazioni hanno stabilito per convenzione che l'assicuratore è il debitore della remunerazione, l'istituzione comune è assimilata, nell'esecuzione dell'assistenza reciproca in materia di prestazioni, agli assicuratori convenzionati.

#### **Art. 19a<sup>66</sup>** Assegnazione di compiti da parte del dipartimento

Se una redistribuzione delle riserve tra assicuratori-malattie si rivela necessaria, il dipartimento può assegnare la redistribuzione all'istituzione comune.

#### **Art. 20** Organo di revisione

L'istituzione comune deve designare un organo di revisione. Gli articoli 86 a 88 si applicano per analogia.

<sup>62</sup> Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 mar. 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (GU n. L 74 del 27 mar. 1972) (codificato anche mediante il regolamento (CE) n. 118/97 del Consiglio del 2 dic. 1996); modificato per l'ultima volta mediante il regolamento (CE) n. 307/1999 del Consiglio dell'8 feb. 1999 (GU n. L 38 del 12 feb. 1999).

<sup>63</sup> RS **0.831.106.11**

<sup>64</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>65</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>66</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 28 set. 1998 (RU **1998** 2634).

**Art. 21** Rapporti

L'istituzione comune consegna all'UFAS, entro il 30 giugno dell'anno seguente, un rapporto annuale sulle sue attività. A questo rapporto deve accludere, per ognuno dei suoi compiti:

- a. il conto d'esercizio;
- b. il riepilogo delle riserve;
- c. il rapporto dell'organo di revisione.

**Art. 22<sup>67</sup>** Contenzioso

<sup>1</sup> In caso di contestazione tra l'istituzione comune e un assicuratore è applicabile l'articolo 87 della legge. È salvo l'articolo 15 dell'ordinanza del 12 aprile 1995<sup>68</sup> sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie.

<sup>2</sup> In caso di contestazione tra l'istituzione comune e un fornitore di prestazioni è applicabile l'articolo 89 della legge.

**Capitolo 4: Promozione della salute****Art. 23**

<sup>1</sup> Gli articoli 20 e 21 si applicano per analogia alla vigilanza dell'istituzione prevista nell'articolo 19 capoverso 2 della legge. Il rapporto d'attività è pubblicato.

<sup>2</sup> L'istituzione invia all'UFAS, unitamente ai documenti richiesti per la vigilanza, la sua proposta di contributo per l'anno successivo (art. 20 cpv. 1 LAMal). Questa proposta dev'essere corredata del programma d'attività e del preventivo.

**Capitolo 5: Vigilanza****Sezione 1: Ripartizione delle competenze****Art. 24** Vigilanza dell'esercizio dell'assicurazione

<sup>1</sup> L'UFAS vigila l'esercizio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera di cui agli articoli 24 a 31 e 67 a 77 della legge.

<sup>2</sup> L'UFAP vigila l'esercizio delle assicurazioni di cui all'articolo 12 capoverso 2 della legge.

<sup>67</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>68</sup> RS 832.112.1

**Art. 25** Vigilanza istituzionale delle casse malati

L'UFAS provvede affinché le casse malati e gli istituti ai sensi dell'articolo 16 capoverso 1 lettera a siano costantemente in grado di adempiere le condizioni del riconoscimento e dell'autorizzazione a esercitare.

**Art. 26<sup>69</sup>** Vigilanza dell'istituzione comune

L'istituzione comune prevista nell'articolo 18 della legge soggiace alla vigilanza del dipartimento. L'UFAS asseconda il dipartimento nell'esecuzione di questo compito nei campi che gli sono attribuiti. Esamina in particolare la situazione finanziaria dell'istituzione comune e ne rende edotto il dipartimento regolarmente.

**Sezione 2: Ricorso dell'UFAS****Art. 27<sup>70</sup>**

<sup>1</sup> Le decisioni in materia di assicurazione sociale contro le malattie emesse dai tribunali cantonali delle assicurazioni (art. 57 LPGA e art. 87 LAMal) e dai tribunali arbitrali (art. 89 LAMal) devono essere comunicate all'UFAS.<sup>71</sup>

<sup>2</sup> Contro le decisioni di cui al capoverso 1 e contro le decisioni della Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità (art. 90 cpv. 1 LAMal) l'UFAS può interporre ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni (art. 103 e 132 della LF del 16 dic. 1943<sup>72</sup> sull'organizzazione giudiziaria).<sup>73</sup>

**Sezione 3: Dati relativi alla vigilanza****Art. 28** Dati degli assicuratori

<sup>1</sup> Al fine della vigilanza sull'esecuzione della legge, gli assicuratori comunicano ogni anno all'UFAS, unitamente ai rapporti e ai conti giusta l'articolo 21 capoverso 3 della legge, i dati riscontrati nell'ambito della fatturazione delle prestazioni e dell'attività assicurativa.<sup>74</sup>

<sup>1bis</sup> I dati servono a:

- a. verificare l'applicazione uniforme della legge;

<sup>69</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago (RU **1998** 1818).

<sup>70</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>71</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3908).

<sup>72</sup> RS **173.110**

<sup>73</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>74</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 22 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2911).

- b. analizzare l'evoluzione dei costi;
- c. controllare l'economicità delle prestazioni fornite (controllo statistico dei costi secondo il sesso, l'età, il domicilio, i fornitori di prestazioni);
- d. garantire la parità di trattamento degli assicurati;
- e. garantire che le differenze di premio corrispondano alle differenze dei costi cantonali e regionali e che le risorse dell'assicurazione sociale siano utilizzate esclusivamente per i suoi scopi;
- f. approntare le basi decisionali per eseguire i provvedimenti ordinari o straordinari previsti dalla legge, intesi ad arginare l'evoluzione dei costi;
- g. analizzare gli effetti della legge e predisporre le basi decisionali per le modifiche della legge e della sua relativa esecuzione che si rendessero necessarie.<sup>75</sup>

<sup>1ter</sup> L'UFAS provvede affinché la fornitura dei dati necessari provochi agli assicuratori il minore aggravio di lavoro possibile. Mette a disposizione degli organismi preposti all'esecuzione della legge i risultati delle rilevazioni, tenuto conto delle prescrizioni legali sulla protezione dei dati.<sup>76</sup>

<sup>1quater</sup> Gli assicuratori comunicano annualmente all'UFAS, per ogni assicurato e in forma anonima, i seguenti dati amministrativi riguardo all'esecuzione della legge:

- a. l'età, il sesso e il domicilio degli assicurati;
- b. le ammissioni, le dimissioni e i decessi;
- c. i rami d'assicurazione sottoscritti nell'ambito dell'assicurazione sociale malattie, con indicazione dell'ammontare dei premi e della franchigia;
- d. l'entità, il genere e i costi delle prestazioni ottenute dagli assicurati durante un intero anno;
- e. i fornitori di queste prestazioni;
- f. l'ammontare riscosso della partecipazione ai costi.<sup>77</sup>

<sup>2</sup> Gli assicuratori forniscono questi dati mediante supporti elettronici. Possono, a domanda, esserne dispensati dall'UFAS per un periodo limitato se non dispongono dei mezzi tecnici adeguati.

<sup>3</sup> Gli assicuratori forniscono tempestivamente questi dati a proprie spese, in modo corretto, completo e in forma anonima.

<sup>4</sup> Gli assicuratori provvedono affinché il registro del codice creditori sia trasmesso annualmente all'UFAS.

<sup>5</sup> L'UFAS, consultati gli assicuratori, stabilisce direttive sulle misure di cui ai capoversi 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 1<sup>quater</sup> e 2-4.<sup>78</sup>

<sup>75</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

<sup>76</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

<sup>77</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

<sup>78</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

**Art. 29** Effettivo del rischio

Se l'assicurazione è durata meno di un anno, per il calcolo degli effettivi medi degli assicurati che vanno comunicati dagli assicuratori è determinante il numero totale dei mesi d'assicurazione diviso per dodici.

**Art. 30** Dati degli ospedali e di altri istituti

<sup>1</sup> Al fine dell'esame del grado di copertura dei costi, dell'evoluzione dei costi, dell'economicità e della qualità delle prestazioni, gli ospedali e gli altri istituti ai sensi dell'articolo 39 della legge devono comunicare all'UFAS i seguenti dati:

- a. la forma giuridica, il genere d'attività, l'infrastruttura e le installazioni degli istituti;
- b. il numero e la struttura del personale e dei posti di formazione;
- c. il numero e la struttura dei pazienti;
- d. il genere e l'entità delle prestazioni fornite;
- e. gli oneri, i proventi e il risultato d'esercizio;
- f. i prezzi e le tariffe.

<sup>2</sup> Ogni istituto che fattura prestazioni ai sensi degli articoli 24 a 31 della legge è tenuto a fornire questi dati.

<sup>3</sup> I dati sono raccolti dall'Ufficio federale di statistica nell'ambito delle statistiche del campo ospedaliero, designate nell'allegato all'ordinanza del 30 giugno 1993<sup>79</sup> sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

<sup>4</sup> Il dipartimento può, per contratto, incaricare terzi della raccolta di dati relativi alla vigilanza che non possono essere raccolti nell'ambito delle rilevazioni di cui al capoverso 3. In questi casi, l'UFAS consulta gli ospedali e gli altri istituti in merito alle misure necessarie che questi stessi o terzi devono prendere a tal fine.

**Art. 31** Pubblicazione

<sup>1</sup> L'UFAS provvede affinché i risultati della raccolta di dati relativi alla vigilanza siano pubblicati in modo da poterne segnatamente desumere informazioni sulle forme d'assicurazione, le prestazioni e i costi secondo l'età, il sesso e la regione come pure secondo le categorie di fornitori di prestazioni, d'istituti e di cure.

<sup>2</sup> L'UFAS può pubblicare per assicuratore i seguenti dati relativi all'assicurazione malattie sociale:<sup>80</sup>

- a. entrate e uscite;
- b. risultato per assicurato;
- c. riserve;
- d. accantonamenti per casi d'assicurazione non liquidati;

<sup>79</sup> RS 431.012.1

<sup>80</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 3249).

- e. costi delle cure medico-sanitarie;
- f. compensazione dei rischi;
- g. costi amministrativi;
- h. effettivo degli assicurati;
- i. premi;
- j.<sup>81</sup> bilancio e conto d'esercizio.

**Art. 32**            Analisi degli effetti

<sup>1</sup> L'UFAS, in collaborazione con gli assicuratori, i fornitori di prestazioni, i Cantoni e rappresentanti del campo scientifico, procede a studi scientifici sull'esecuzione e gli effetti della legge.

<sup>2</sup> Questi studi hanno per tema l'esame dell'influsso della legge sulla situazione e il comportamento degli assicurati, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. Servono segnatamente a esaminare se la qualità e l'economicità delle cure di base sono garantite e se gli obiettivi di politica sociale e di concorrenza sono stati raggiunti.

<sup>3</sup> Per l'attuazione di questi studi, l'UFAS può ricorrere a istituti scientifici e nominare gruppi di periti.

### **Titolo 3: Prestazioni**

#### **Capitolo 1: Designazione delle prestazioni**

**Art. 33**            Prestazioni generali

Sentita la commissione competente, il dipartimento designa:

- a. le prestazioni dispensate dai medici o dai chiropratici i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o sono assunti solo a determinate condizioni;
- b. le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 della legge, non dispensate dai medici o dai chiropratici;
- c. le prestazioni, nuove o contestate, la cui efficacia, idoneità ed economicità sono ancora in fase di valutazione; stabilisce le condizioni e l'entità della remunerazione a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- d. le misure di prevenzione di cui all'articolo 26 della legge, le prestazioni di maternità di cui all'articolo 29 capoverso 2 lettere a e c della legge e le cure dentarie di cui all'articolo 31 capoverso 1 della legge;

<sup>81</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 3249).

- e. i mezzi e gli apparecchi di cui all'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 3 della legge a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; stabilisce gli importi massimi della corrispettiva remunerazione;
- f. il contributo alle spese di cura balneare di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera c della legge; questo contributo serve a coprire le spese non coperte da altre prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; può essere accordato al massimo durante 21 giorni per anno civile;
- g. il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio di cui all'articolo 25 capoverso 2 lettera g della legge; i trasporti da un ospedale a un altro, necessari dal profilo medico, fanno parte del trattamento ospedaliero.

#### **Art. 34**            Analisi e medicinali

Gli elenchi designati nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numeri 1 (elenco delle analisi) e 2 (elenco dei medicinali) e lettera b (elenco delle specialità) della legge sono approntati sentita la commissione competente.

#### **Art. 35**            Misure terapeutiche in caso d'infermità congenite

Le misure terapeutiche dispensate in caso d'infermità congenite sono successivamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi dell'articolo 52 capoverso 2 della legge quando l'assicurato raggiunge il limite d'età prescritto dalla legislazione sull'assicurazione per l'invalidità.

## **Capitolo 2: Entità della remunerazione**

#### **Art. 36**            Prestazioni all'estero

<sup>1</sup> Sentita la competente commissione, il dipartimento designa le prestazioni di cui agli articoli 25 capoverso 2 e 29 della legge, i cui costi sono a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se le stesse non possono essere effettuate in Svizzera.

<sup>2</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento.

<sup>3</sup> L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume, nei limiti dell'articolo 29 della legge, i costi del parto effettuato all'estero se questo costituisce la sola possibilità di procurare al figlio la nazionalità della madre o del padre oppure nel caso in cui il figlio, se nascesse in Svizzera, risulterebbe apolide.

<sup>4</sup> Le prestazioni di cui ai capoversi 1 e 2 e i trattamenti dispensati all'estero ai frontalieri, ai lavoratori distaccati all'estero e alle persone al servizio di una collettività pubblica, come pure ai loro familiari (art. 3 a 5), sono assunti al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso in Svizzera e, nei casi di cui al

capoverso 3, per un importo pari a quello in Svizzera. Per gli assicurati di cui agli articoli 4 e 5, la remunerazione è effettuata in base alle tariffe e ai prezzi valevoli nel loro ultimo luogo di domicilio in Svizzera. Se ad assicurati ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettere d ed e vengono dispensate cure difformemente dalle regole dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, i costi vengono assunti secondo le tariffe ed i prezzi praticati nel loro ultimo luogo di residenza o di lavoro; non potendosi determinare alcuno di questi luoghi, i costi saranno assunti secondo le tariffe ed i prezzi del Cantone di domicilio dell'assicuratore.<sup>82 83</sup>

<sup>5</sup> Sono salve le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni.<sup>84</sup>

#### **Art. 37** Assunzione dei costi per le persone residenti all'estero<sup>85</sup>

<sup>1</sup> Per le prestazioni ospedaliere e semiospedaliere in Svizzera, i frontalieri e i loro familiari soggetti all'assicurazione svizzera sono assimilati agli assicurati domiciliati in un altro Cantone. L'assicuratore assume la totalità dei costi fatturati secondo le tariffe valevoli per gli assicurati domiciliati in un altro Cantone.

<sup>2</sup> Il capoverso 1 è applicabile per analogia agli assicurati:

- a.<sup>86</sup> che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda, nel Liechtenstein o in Norvegia e che durante un soggiorno in Svizzera hanno diritto all'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni giusta l'articolo 95a della legge;
- b. che risiedono in Belgio, Germania, Paesi Bassi o Austria e che possono scegliere di farsi curare nello Stato di residenza o in Svizzera ai sensi dell'articolo 95a della legge.<sup>87</sup>

### **Capitolo 3:<sup>88</sup> Commissioni**

#### **Art. 37a** Commissioni consultive

Le commissioni consultive ai sensi dell'articolo 33 capoverso 4 della legge sono:

- a. la Commissione federale delle questioni fondamentali dell'assicurazione malattie (Commissione delle questioni fondamentali);
- b. la Commissione federale delle prestazioni generali (Commissione delle prestazioni);
- c. la Commissione federale dei medicinali;

<sup>82</sup> Per. introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU 2002 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>83</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago (RU 1998 1818).

<sup>84</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>85</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>86</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>87</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>88</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 giu. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 1639).

- d. la Commissione federale delle analisi;
- e. la Commissione federale dei mezzi e degli apparecchi.

**Art. 37b** Disposizioni generali

<sup>1</sup> Il Consiglio federale nomina i membri delle commissioni. Quest'ultime sono presiedute da un rappresentante dell'UFAS.

<sup>2</sup> Le commissioni si dotano di un regolamento che deve essere approvato dal dipartimento e deve segnatamente concernere:

- a. l'organizzazione e il metodo di lavoro della commissione, in particolare la costituzione, i compiti e l'assetto dei comitati;
- b. le direttive e la procedura per la designazione delle prestazioni;
- c. la supplenza dei membri;
- d. la partecipazione di periti; la stessa è obbligatoria se si esaminano prestazioni di fornitori di prestazioni non rappresentati;
- e. l'inoltro diretto di proposte all'UFAS o al dipartimento da parte dei comitati.

<sup>3</sup> La costituzione dei comitati deve essere approvata dal dipartimento. I membri dei comitati sono designati dal dipartimento. Nei comitati possono anche essere nominate persone non membri di commissioni. Ogni comitato è presieduto da uno dei suoi membri.

<sup>4</sup> L'UFAS assume la segreteria delle commissioni e provvede al coordinamento dei lavori. Può affidare la segreteria a terzi.

**Art. 37c** Commissione federale delle questioni fondamentali dell'assicurazione malattie

<sup>1</sup> La Commissione federale delle questioni fondamentali dell'assicurazione malattie provvede affinché nell'ambito della designazione delle prestazioni siano tutelati una prassi unitaria, la qualità e gli aspetti etici. Si occupa in particolare dei compiti seguenti:

- a. determinazione di principi riguardanti la collaborazione tra le commissioni;
- b. definizione di principi comuni nell'ambito delle prestazioni;
- c. definizione di principi comuni per la determinazione e gli adeguamenti di tariffe e prezzi ai sensi dell'articolo 52 capoverso 1 della legge;
- d. determinazione di principi per garantire la protezione dei dati e gli interessi degli assicurati e pazienti nell'ambito della designazione delle prestazioni nell'assicurazione malattie;
- e. elaborazione di criteri per la valutazione di prestazioni ai sensi dell'articolo 33 capoverso 3 della legge e dell'articolo 70;
- f. esame e proposte di disposizioni di ordinanza sui principi generali concernenti le prestazioni.

<sup>2</sup> Essa si compone di 17 membri, di cui:

- a. quattro della Commissione delle prestazioni;
- b. due della Commissione dei medicinali;
- c. uno della Commissione delle analisi;
- d. uno della Commissione dei mezzi e degli apparecchi;
- e. tre rappresentanti l'etica medica;
- f.<sup>89</sup> una persona dell'ufficio federale delle assicurazioni sociali;
- g. uno rappresentante l'Incaricato federale della protezione dei dati;
- h. uno rappresentante il Sorvegliante dei prezzi;
- i. uno rappresentante la Commissione della concorrenza;
- k. due rappresentanti i Cantoni.

<sup>3</sup> Dei membri di cui al capoverso 2 lettere a-d, due rappresentano i fornitori di prestazioni, due gli assicuratori e gli assicurati e quattro i periti scientifici.

<sup>4</sup> Le commissioni ai sensi dell'articolo 37a lettere b-e devono applicare le decisioni della Commissione delle questioni fondamentali. Quest'ultima non ha la competenza di decidere e di dare istruzioni riguardo alla designazione di prestazioni concrete.

#### **Art. 37d** Commissione federale delle prestazioni generali

<sup>1</sup> La Commissione federale delle prestazioni generali consiglia il dipartimento riguardo alla designazione delle prestazioni ai sensi dell'articolo 33 e alla definizione delle disposizioni ai sensi degli articoli 36 capoverso 1, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 4.

<sup>2</sup> Essa si compone di 20 membri, di cui:

- a. sette medici, di cui due rappresentanti la medicina complementare e uno rappresentante la medicina preventiva;
- b. due rappresentanti gli ospedali;
- c. una farmacista, rappresentante la Commissione dei medicinali;
- d. sei rappresentanti gli assicuratori-malattie e gli assicuratori-infortuni ai sensi della legge federale del 20 marzo 1981<sup>90</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), di cui almeno due rappresentanti i medici di fiducia;
- e. due rappresentanti gli assicurati;
- f. uno rappresentante i Cantoni;
- g.<sup>91</sup> una persona dell'ufficio federale delle assicurazioni sociali.

<sup>89</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU **2003** 5279).

<sup>90</sup> RS **832.20**

<sup>91</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU **2003** 5279).

**Art. 37e** Commissione federale dei medicinali

<sup>1</sup> La Commissione federale dei medicinali consiglia l'UFAS in merito alla stesura dell'elenco delle specialità ai sensi dell'articolo 34. Consiglia inoltre il dipartimento riguardo alla definizione delle disposizioni che attengono al proprio ambito ai sensi degli articoli 36 capoverso 1, 75, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 4.

<sup>2</sup> Essa si compone di 24 membri, di cui:

- a. quattro rappresentanti le facoltà di medicina e di farmacia (periti scientifici);
- b. tre medici, di cui almeno uno rappresentante la medicina complementare;
- c. tre farmacisti, di cui almeno uno rappresentante la medicina complementare;
- d. uno rappresentante gli ospedali;
- e. cinque rappresentanti gli assicuratori-malattie e gli assicuratori-infortuni ai sensi della LAINF<sup>92</sup>;
- f. due rappresentanti gli assicurati;
- g. due rappresentanti l'industria farmaceutica;
- h.<sup>93</sup> una persona dell'ufficio federale delle assicurazioni sociali;
- i. uno rappresentante i Cantoni;
- k.<sup>94</sup> uno rappresentante l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici;
- l. uno rappresentante la Farmacia dell'esercito.

**Art. 37f** Commissione federale delle analisi

<sup>1</sup> La Commissione federale delle analisi consiglia il dipartimento in merito alla stesura dell'elenco delle analisi ai sensi dell'articolo 34. Consiglia inoltre il dipartimento riguardo alla definizione delle disposizioni che attengono al proprio ambito ai sensi degli articoli 36 capoverso 1, 75, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 4.

<sup>2</sup> Essa si compone di 24 membri, di cui:<sup>95</sup>

- a. due docenti in analisi di laboratorio (periti scientifici);
- b. due medici;
- c. un farmacista;
- d. due rappresentanti i laboratori;
- e. uno rappresentante gli ospedali;
- f. cinque rappresentanti gli assicuratori-malattie e gli assicuratori-infortuni ai sensi della LAINF<sup>96</sup>;

<sup>92</sup> RS 832.20

<sup>93</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU 2003 5279).

<sup>94</sup> Nuovo testo giusta il n. II 13 dell'O del 17 ott. 2001, in vigore dal 1° gen. 2002 (RU 2001 3294).

<sup>95</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU 2003 5279).

<sup>96</sup> RS 832.20

- g. due rappresentanti gli assicurati;
- h.<sup>97</sup> uno rappresentante l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici;
- i. uno rappresentante l'industria degli apparecchi e dei prodotti diagnostici;
- k.<sup>98</sup> uno rappresentante l'organo svizzero di accreditamento;
- l.<sup>99</sup> una persona dell'ufficio federale delle assicurazioni sociali.

**Art. 37g** Commissione federale dei mezzi e degli apparecchi

<sup>1</sup> La Commissione federale dei mezzi e degli apparecchi consiglia il dipartimento in merito alla valutazione e determinazione dell'importo della remunerazione di mezzi e apparecchi ai sensi dell'articolo 33 lettera e. Consiglia inoltre il dipartimento riguardo alla definizione delle disposizioni che attengono al proprio ambito ai sensi degli articoli 36 capoverso 1, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 4.

<sup>2</sup> Essa si compone di 15 membri, di cui:<sup>100</sup>

- a. due medici;
- b. due rappresentanti i fabbricanti e i fornitori di mezzi e apparecchi;
- c. tre rappresentanti i centri di consegna di mezzi e apparecchi, di cui un farmacista;
- d. quattro rappresentanti gli assicuratori-malattie e gli assicuratori-infornuti ai sensi della LAINF<sup>101</sup>;
- e. due rappresentanti gli assicurati;
- f.<sup>102</sup> uno rappresentante l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici;
- g.<sup>103</sup> una persona dell'ufficio federale delle assicurazioni sociali.

## **Titolo 4: Fornitori di prestazioni**

### **Capitolo 1: Autorizzazione**

#### **Sezione 1: Medici**

**Art. 38<sup>104</sup>** Perfezionamento

I medici devono aver conseguito una formazione pratica di perfezionamento di almeno due anni. La formazione di perfezionamento è disciplinata dagli articoli

<sup>97</sup> Nuovo testo giusta il n. II 13 dell'O del 17 ott. 2001, in vigore dal 1° gen. 2002 (RU **2001** 3294).

<sup>98</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>99</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU **2003** 5279).

<sup>100</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU **2003** 5279).

<sup>101</sup> RS **832.20**

<sup>102</sup> Nuovo testo giusta il n. II 13 dell'O del 17 ott. 2001, in vigore dal 1° gen. 2002 (RU **2001** 3294).

<sup>103</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 15 dic. 2003 (RU **2003** 5279).

<sup>104</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

7–11 della legge federale del 19 dicembre 1877<sup>105</sup> sul libero esercizio delle arti salutari nella Confederazione Svizzera.

**Art. 39**<sup>106</sup> Altri attestati scientifici

Sono assimilati ai medici titolari del diploma federale i medici titolari di un altro attestato scientifico, riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale conformemente alla legge del 19 dicembre 1877<sup>107</sup> sul libero esercizio delle arti salutari nella Confederazione Svizzera (art. 2b e 10).

## Sezione 2: Farmacisti

**Art. 40**<sup>108</sup> Perfezionamento

I farmacisti devono aver conseguito un perfezionamento pratico strutturato di due anni in una farmacia sotto la direzione di un farmacista autorizzato quale fornitore di prestazioni.

**Art. 41**<sup>109</sup> Altri attestati scientifici

Sono assimilati ai farmacisti titolari del diploma federale i farmacisti titolari di un altro attestato scientifico, riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale conformemente alla legge federale del 19 dicembre 1877<sup>110</sup> sul libero esercizio delle arti salutari nella Confederazione Svizzera (art. 2b e 10).

## Sezione 3: Dentisti

**Art. 42** Autorizzazione

Sono autorizzati i dentisti titolari del diploma federale e che dispongono di un perfezionamento pratico biennale conseguito in un gabinetto dentistico o in un istituto dentistico.

**Art. 43**<sup>111</sup> Altri attestati scientifici

Sono assimilati ai dentisti titolari del diploma federale i dentisti titolari di un altro attestato scientifico riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale

<sup>105</sup> RS **811.11**

<sup>106</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>107</sup> RS **811.11**

<sup>108</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>109</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>110</sup> RS **811.11**

<sup>111</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

conformemente alla legge federale del 19 dicembre 1877<sup>112</sup> sul libero esercizio delle arti salutari nella Confederazione Svizzera (art. 2b e 10).

## Sezione 4: Chiropratici

### Art. 44

<sup>1</sup> I chiropratici devono attestare:

- a. il conseguimento degli esami intercantonali di chiropratica, dopo una formazione professionale in una scuola di chiropratica riconosciuta dal dipartimento;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso un chiropratico autorizzato conformemente alla presente ordinanza;
- c. l'ottenimento di un'autorizzazione cantonale.

<sup>2</sup> Il dipartimento, sentiti i Cantoni e le associazioni professionali, pubblica l'elenco delle scuole riconosciute.

<sup>3</sup> Sono fatte salve le disposizioni relative all'applicazione di radiazioni ionizzanti in chiropratica, segnatamente l'articolo 11 dell'ordinanza del 22 giugno 1994<sup>113</sup> sulla radioprotezione.

## Sezione 5: Levatrici

### Art. 45

<sup>1</sup> Le levatrici devono attestare:

- a. il conseguimento del diploma di una scuola di levatrici riconosciuta da un organismo designato in comune dai Cantoni e che provvede a garantire prassi e qualità uniformi a livello nazionale, oppure di un diploma ritenuto equipollente da questo organismo;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso una levatrice autorizzata conformemente alla presente ordinanza, o nel reparto d'ostetricia di un ospedale oppure in un gabinetto medico specializzato sotto la direzione di una levatrice;
- c. l'ottenimento di un'autorizzazione cantonale.

<sup>2</sup> Se i Cantoni non designano l'organismo preposto al riconoscimento dei diplomi, vi provvede il dipartimento.

<sup>112</sup> RS 811.11

<sup>113</sup> RS 814.501

## **Sezione 6: Persone che dispensano cure previa prescrizione medica e organizzazioni che le occupano**

### **Art. 46** In generale

<sup>1</sup> Sono autorizzate a dispensare cure previa prescrizione medica le persone che esercitano in nome e per conto proprio una delle seguenti professioni:

- a. fisioterapista;
- b. ergoterapista;
- c. infermiere;
- d. logopedista;
- e.<sup>114</sup> dietisti.

<sup>2</sup> Queste persone devono essere autorizzate in virtù del diritto cantonale e adempiere le altre condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

### **Art. 47** Fisioterapisti

<sup>1</sup> I fisioterapisti devono attestare:

- a. il conseguimento del diploma d'una scuola di fisioterapia riconosciuta da un organismo designato in comune dai Cantoni, che provvede a garantire prassi e qualità uniformi a livello nazionale, oppure di un diploma riconosciuto equipollente da questo organismo;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso un fisioterapista autorizzato conformemente alla presente ordinanza o in un servizio ospedaliero specializzato in fisioterapia oppure in un gabinetto medico specializzato sotto la direzione di un fisioterapista che adempie le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

<sup>2</sup> Se i Cantoni non designano l'organismo preposto al riconoscimento dei diplomi, vi provvede il dipartimento.

### **Art. 48** Ergoterapisti

<sup>1</sup> Gli ergoterapisti devono attestare:

- a. <sup>115</sup>il conseguimento del diploma di una scuola di ergoterapia riconosciuta da un organismo designato in comune dai Cantoni, che provvede a garantire prassi e qualità uniformi a livello nazionale, oppure di un diploma riconosciuto equipollente da questo organismo;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso un ergoterapista autorizzato conformemente alla presente ordinanza, oppure in un gabinetto medico o in un ospedale o presso un'organizzazione di ergoterapia sotto la direzione di

<sup>114</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1996 (RU **1996** 3139).

<sup>115</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago (RU **1998** 1818).

un ergoterapista che adempie le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

<sup>2</sup> Se i Cantoni non designano l'organismo preposto al riconoscimento dei diplomi, vi provvede il dipartimento.

#### **Art. 49** Infermieri

<sup>1</sup> Gli infermieri devono attestare:

- a. il conseguimento del diploma di una scuola di cure infermieristiche riconosciuta da un organismo designato in comune dai Cantoni, che provvede a garantire prassi e qualità uniformi a livello nazionale, oppure d'un diploma riconosciuto equipollente da questo organismo;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso un infermiere autorizzato conformemente alla presente ordinanza, oppure in un ospedale o presso un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio, sotto la direzione di un infermiere che adempie le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

<sup>2</sup> Se i Cantoni non designano l'organismo preposto al riconoscimento dei diplomi, vi provvede il dipartimento.

#### **Art. 50** Logopedisti

I logopedisti devono attestare:

- a. una formazione professionale teorica e pratica di almeno tre anni, riconosciuta dal Cantone, e il conseguimento dell'esame concernente le seguenti branche:
  1. linguistica (linguistica, fonetica, psicolinguistica),
  2. logopedia (metodo di terapia logopedica, pedagogia e psicologia per le persone con turbe del linguaggio, patologia del linguaggio),
  3. medicina (neurologia, otorinolaringologia, foniatria, psichiatria, stomatologia),
  4. pedagogia (pedagogia, pedagogia speciale, pedagogia curativa),
  5. psicologia (psicologia dello sviluppo, psicologia clinica, psicopedagogia, comprese la psicologia dell'apprendimento e la psicologia sociale),
  6. diritto (legislazione sociale);
- b.<sup>116</sup> un'attività pratica di due anni nel campo della logopedia clinica con esperienza preponderante nel campo della terapia degli adulti, di cui almeno uno in un ospedale sotto la direzione di un medico specialista (otorinolaringologia, psichiatria, pedopsichiatria, foniatria o neurologia) coadiuvato da un logopedista che soddisfa le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza; un anno di pratica può essere assolto nel gabinetto medi-

<sup>116</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

co diretto da uno specialista, coadiuvato da un logopedista che soddisfa le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

#### **Art. 50<sup>a117</sup>** Dietisti

<sup>1</sup> I dietisti devono attestare:

- a. il conseguimento del diploma di una scuola di dietetica riconosciuta da un organismo designato in comune dai Cantoni e che provvede a garantire prassi e qualità uniformi a livello nazionale, oppure di un diploma ritenuto equipollente da questo organismo;
- b. un'attività pratica di due anni effettuata presso un dietista autorizzato ai sensi della presente ordinanza oppure in un ospedale, in un gabinetto medico o presso un'organizzazione privata o pubblica sotto la direzione di un dietista che adempie le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

<sup>2</sup> Se i Cantoni non designano l'organismo preposto al riconoscimento dei diplomi, vi provvede il Dipartimento.

#### **Art. 51** Organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio

Le organizzazioni che dispensano cure e aiuto a domicilio sono autorizzate se:

- a. sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano;
- b.<sup>118</sup> hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti;
- c.<sup>119</sup> dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività;
- d.<sup>120</sup> dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività;
- e.<sup>121</sup> partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a garantire, nell'ambito del loro campo d'attività, l'effettuazione di cure di buona qualità e adeguate.

#### **Art. 52** Organizzazioni d'ergoterapia

Le organizzazioni d'ergoterapia sono autorizzate se:

- a. sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano;
- b.<sup>122</sup> hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti;

<sup>117</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>118</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>119</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>120</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>121</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>122</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

- c.<sup>123</sup> dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività;
- d.<sup>124</sup> dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività;
- e.<sup>125</sup> partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'articolo 77, intese a garantire, nell'ambito del loro campo d'attività, l'effettuazione di cure di buona qualità e adeguate.

## Sezione 7: Laboratori

### Art. 53 Principio

<sup>1</sup> Sono autorizzati quali laboratori gli istituti che:

- a. eseguono analisi mediche;
- b. sono autorizzati giusta il diritto cantonale;
- c. partecipano alle misure relative alla garanzia della qualità di cui all'articolo 77;
- d. adempiono le altre condizioni stabilite per i laboratori dalla legislazione della Confederazione o del Cantone;
- e. sono riconosciuti dall'Ufficio federale della sanità pubblica, se eseguono analisi per la diagnosi di malattie trasmissibili;
- f. dispongono delle attrezzature adeguate e del personale specializzato necessario;
- g. adempiono le condizioni d'autorizzazione di cui all'articolo 54.

### Art. 54 Condizioni d'autorizzazione

<sup>1</sup> È autorizzato come laboratorio, senza ulteriori condizioni:

- a. il laboratorio del gabinetto medico se:
  - 1. le analisi sono eseguite nell'ambito delle cure di base secondo l'articolo 62 capoverso 1 lettera a per il proprio bisogno;
  - 2. il risultato delle analisi è in linea di massima disponibile durante la consultazione (diagnosi in presenza del paziente);
  - 3. il laboratorio è parte del gabinetto del medico curante sia fisicamente sia giuridicamente;
- b. il laboratorio d'ospedale per le analisi eseguite nell'ambito delle cure di base secondo l'articolo 62 capoverso 1 lettera a per il proprio bisogno;

<sup>123</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>124</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>125</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

- c. l'officina del farmacista e il laboratorio d'ospedale per le analisi eseguite nell'ambito delle cure di base secondo l'articolo 62 capoverso 1 lettera a, su prescrizione di un altro fornitore di prestazioni.<sup>126</sup>

<sup>2</sup> I laboratori d'ospedale che eseguono analisi per i propri bisogni dell'ospedale sono autorizzati se posti sotto la direzione di un medico, di un farmacista o di un responsabile con formazione universitaria in scienze naturali riconosciuta dal dipartimento oppure con congrua formazione superiore, pure riconosciuta dal dipartimento, nel campo dell'esecuzione di analisi.

<sup>3</sup> I laboratori che, per mandato di un altro fornitore di prestazioni autorizzato, eseguono altre analisi oltre quelle attinenti all'ambito delle cure di base, sono autorizzati se:

- a. sono posti sotto la direzione di un medico, di un farmacista o di un responsabile con formazione universitaria in scienze naturali, riconosciuta dal dipartimento;
- b. il direttore ai sensi della lettera a attesta una formazione di perfezionamento in analisi di laboratorio, definita dal dipartimento.

<sup>4</sup> Per l'esecuzione di determinate analisi, il dipartimento può stabilire esigenze supplementari riguardo le installazioni, la qualifica e la formazione di perfezionamento della direzione e del personale di laboratorio. Può inoltre designare taluni istituti per l'esecuzione di determinate analisi e incaricarli dell'apprestamento dei registri di valutazione.

<sup>5</sup> Il Dipartimento può emanare disposizioni d'esecuzione per il capoverso 1 lettera a.<sup>127</sup>

## **Sezione 8: Centri di consegna di mezzi e apparecchi**

### **Art. 55**

Chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore-malattie un contratto di consegna di mezzi e d'apparecchi diagnostici o terapeutici, può esercitare a carico di questo assicuratore.

## **Sezione 9: Imprese di trasporto e di salvataggio**

### **Art. 56**

Chiunque è autorizzato in virtù del diritto cantonale e stipula con un assicuratore-malattie un contratto d'esecuzione di trasporti o di salvataggi, può esercitare a carico di questo assicuratore.

<sup>126</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>127</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

## Sezione 10: Stabilimenti di cura balneare

### Art. 57 In generale

<sup>1</sup> Sono autorizzati gli stabilimenti di cura balneare che sono posti sotto sorveglianza medica, utilizzano a scopo terapeutico le fonti termali locali, sono dotati di personale curante specializzato, dispongono d'apparecchi diagnostici e terapeutici adeguati e sono autorizzati giusta il diritto cantonale.

<sup>2</sup> Il dipartimento può ammettere eccezioni quanto all'utilizzo delle acque termali locali. Tiene conto in proposito della prassi precedente degli assicuratori.

### Art. 58 Fonti termali

<sup>1</sup> Sono considerate fonti termali quelle la cui acqua, per specifiche proprietà chimiche o fisiche, e senza che ne sia stata modificata la composizione naturale, procura o lascia presumere un effetto terapeutico scientificamente riconosciuto.

<sup>2</sup> Le proprietà chimiche o fisiche devono essere dimostrate mediante analisi peritali dell'acqua e riesaminate ogni tre anni mediante analisi di controllo effettuate dalla competente istanza cantonale.

## Capitolo 2: Fatturazione

### Art. 59

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni devono indicare nelle loro fatture:

- a. le date delle cure;
- b. le prestazioni dispensate, dettagliate secondo la tariffa determinante;
- c. le diagnosi nell'ambito del capoverso 2.

<sup>2</sup> Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire nelle convenzioni tariffali le informazioni e le diagnosi che di regola devono essere rese note solo al medico di fiducia dell'assicuratore ai sensi dell'articolo 57 della legge. Per il resto, la comunicazione della diagnosi è retta dall'articolo 42 capoversi 4 e 5 della legge. A comune proposta degli assicuratori e dei fornitori di prestazioni, il dipartimento può stabilire un codice uniforme per le diagnosi, valevole in tutta la Svizzera.

<sup>3</sup> Nella fattura, le prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono essere chiaramente distinte dalle altre prestazioni.

<sup>4</sup> Per le analisi, la fatturazione al debitore della remunerazione è effettuata esclusivamente dal laboratorio che ha eseguito l'analisi. Le tariffe forfetarie secondo l'articolo 49 LAMal rimangono salve.<sup>128</sup>

<sup>128</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 3249).

## Capitolo 3: Tariffe e prezzi<sup>129 130</sup>

### Sezione 1:<sup>131</sup> Principi

#### Art. 59a

<sup>1</sup> Se le basi di calcolo dei costi delle prestazioni di cui all'articolo 7 dell'ordinanza del 29 settembre 1995<sup>132</sup> sulle prestazioni effettuate da infermieri (art. 49), da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51) o in case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal) sono insufficienti, il Dipartimento può stabilire tariffe limite applicabili a queste prestazioni.

<sup>2</sup> Le tariffe limite garantiscono l'economicità e l'appropriatezza della remunerazione delle prestazioni conformemente all'articolo 32 LAMal.

### Sezione 2:<sup>133</sup> Elenco delle analisi

#### Art. 60<sup>134</sup> Pubblicazione

L'elenco delle analisi (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 1 LAMal) è diffuso di regola ogni anno. Il titolo e il riferimento sono pubblicati nella Raccolta ufficiale delle leggi federali.

#### Art. 61 Ammissione, radiazione

<sup>1</sup> All'UFAS possono essere sottoposte proposte d'ammissione di analisi nell'elenco delle analisi.

<sup>2</sup> L'UFAS esamina la proposta e la sottopone alla commissione competente. Per l'esame, può appellarsi a periti esterni. Può, di sua iniziativa oppure sentita la commissione competente, subordinare l'ammissione di un'analisi ad esami suppletivi.

<sup>3</sup> Le analisi iscritte nell'elenco delle analisi vanno radiate se non soddisfano più le condizioni d'ammissione.

#### Art. 62<sup>135</sup> Designazione separata di determinate analisi

<sup>1</sup> Il dipartimento designa le analisi che:

- a. possono essere eseguite nell'ambito delle cure di base dai laboratori di cui all'articolo 54 capoverso 1;

<sup>129</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>130</sup> RU **1997** 2440

<sup>131</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 17 set. 1997 (RU **1997** 2272).

<sup>132</sup> RS **832.112.31**

<sup>133</sup> Originaria sezione 1.

<sup>134</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>135</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

- b. possono essere prescritte dai chiropratici conformemente all'articolo 25 capoverso 2 lettera b della legge;
- c. possono essere prescritte dalle levatrici conformemente all'articolo 29 capoverso 2 lettera a della legge.

<sup>2</sup> Il dipartimento designa le analisi eseguite nel laboratorio del medico per le quali la tariffa può essere stabilita conformemente agli articoli 46 e 48 della legge.

### **Sezione 3:<sup>136</sup> Elenco dei medicinali con tariffa**

#### **Art. 63**

<sup>1</sup> L'elenco dei medicinali con tariffa (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 2 LAMal) è diffuso di regola ogni anno. Il titolo e il riferimento sono pubblicati nella Raccolta ufficiale delle leggi federali.

<sup>2</sup> Per l'ammissione di medicinali nell'elenco dei medicinali con tariffa si applicano per analogia le disposizioni relative all'ammissione nell'elenco delle specialità.

### **Sezione 4:<sup>137</sup> Elenco delle specialità**

#### **Art. 64<sup>138</sup>** Pubblicazione

L'UFAS pubblica l'elenco delle specialità (art. 52 cpv. 1 lett. b LAMal) in forma elettronica e almeno una volta l'anno in forma stampata.

#### **Art. 65** Condizioni d'ammissione

<sup>1</sup> Un medicamento pronto per l'uso può essere ammesso nell'elenco delle specialità se è stato validamente omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic.<sup>139</sup>

<sup>2</sup> I medicinali pronti per l'uso devono essere efficaci, idonei ed economici.<sup>140</sup>

<sup>3</sup> Il dipartimento può stabilire prescrizioni di dettaglio riguardo ai criteri applicabili in materia di valutazione dell'efficacia. La valutazione dell'efficacia dei medicinali allopatrici pronti per l'uso deve poggiare in ogni caso su studi clinici controllati.<sup>141</sup>

<sup>3bis</sup> L'economicità è valutata in base al confronto con altri medicinali pronti per l'uso e con i prezzi praticati all'estero. Se al momento della domanda di ammissione il confronto con i Paesi di riferimento è impossibile o possibile solo in parte causa

<sup>136</sup> Originaria sezione 2.

<sup>137</sup> Originaria sezione 3.

<sup>138</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 ott. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2835).

<sup>139</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>140</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>141</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

assenza di omologazione nei medesimi, il confronto con i prezzi praticati all'estero è eseguito in maniera sommaria.<sup>142</sup>

<sup>4</sup> I costi di ricerca e di sviluppo vanno considerati in modo appropriato nella valutazione dell'economicità di un preparato originale (art. 66 cpv. 1). Per compensare questi costi si tiene conto nel prezzo di un premio all'innovazione, se il medicamento pronto per l'uso costituisce un progresso terapeutico.<sup>143</sup>

<sup>5</sup> Per la valutazione dell'economicità dei generici (art. 66 cpv. 2) si tiene conto del fatto che i corrispettivi costi di sviluppo sono inferiori a quelli relativi ai preparati originali.

<sup>6</sup> I medicinali pronti per l'uso pubblicamente reclamizzati non sono ammessi nell'elenco delle specialità.<sup>144</sup>

<sup>6bis</sup> I medicinali pronti per l'uso sono ammessi nell'elenco delle specialità con la riserva che l'economicità venga verificata nuovamente dall'UFAS entro 24 mesi. L'ammissione può essere subordinata a condizioni e oneri.<sup>145</sup>

<sup>7</sup> Al fine di verificare se soddisfano ancora le condizioni d'ammissione, l'UFAS riesamina i medicinali pronti per l'uso alla scadenza della protezione del brevetto, comunque al più tardi 15 anni dopo la loro ammissione nell'elenco delle specialità. I numeri dei brevetti e dei certificati di protezione vanno consegnati all'UFAS. I brevetti di procedimento non sono presi in considerazione nel riesame.<sup>146</sup>

#### **Art. 66<sup>147</sup>** Definizioni

<sup>1</sup> Sono considerati preparati originali i medicinali pronti per l'uso sviluppati da un fabbricante in base alla propria ricerca, la cui sostanza attiva o la cui forma galenica è stata omologata per la prima volta dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic.

<sup>2</sup> Sono considerati generici i medicinali pronti per l'uso che, quanto alla loro sostanza attiva, la loro forma galenica e il loro dosaggio, imitano un preparato originale omologato presso l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic.

<sup>142</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 2 ott. 2000 (RU 2000 2835). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU 2002 2129).

<sup>143</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU 2002 2129).

<sup>144</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU 2002 2129).

<sup>145</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU 2002 2129).

<sup>146</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU 2002 2129).

<sup>147</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU 2002 2129).

**Art. 67**<sup>148</sup> Prezzi

<sup>1</sup> L'elenco delle specialità indica i prezzi massimi determinanti per la consegna da parte di farmacisti, medici, ospedali e case di cura.<sup>149</sup>

<sup>1bis</sup> Il prezzo massimo consta del prezzo di fabbrica per la consegna e della parte propria alla distribuzione.<sup>150</sup>

<sup>1ter</sup> Il prezzo di fabbrica per la consegna remunera le prestazioni, consegne comprese, del fabbricante e della ditta di distribuzione fino alla fornitura dal deposito in Svizzera.<sup>151</sup>

<sup>1quater</sup> La parte propria alla distribuzione remunera le prestazioni logistiche, segnatamente i costi di gestione e d'investimento inerenti il trasporto, lo stoccaggio, la consegna e l'incasso.<sup>152</sup>

<sup>2</sup> Per l'aumento dei prezzi stabiliti nell'elenco delle specialità occorre l'autorizzazione dell'UFAS. L'autorizzazione può essere accordata solo se:

- a. il medicamento adempie ancora le condizioni dell'ammissione;
- b. almeno due anni sono trascorsi a decorrere dall'ammissione o dall'ultimo aumento di prezzo.

<sup>2bis</sup> Se dalla verifica dell'economicità di cui all'articolo 65 capoverso 6<sup>bis</sup> risulta che il prezzo massimo deciso al momento dell'ammissione è troppo elevato, l'UFAS decide un'adeguata riduzione del prezzo.<sup>153</sup>

<sup>2ter</sup> Se il prezzo di fabbrica per la consegna in base al quale è stato deciso il prezzo massimo al momento dell'ammissione supera di oltre il 3 per cento il prezzo di fabbrica per la consegna determinato in occasione dell'esame dell'economicità e le eccedenze così conseguite ammontano ad almeno 20 000 franchi, l'UFAS può impegnare l'impresa richiedente a restituire all'istituzione comune definita nell'articolo 18 della legge le eccedenze conseguite.<sup>154</sup>

<sup>3</sup> L'UFAS può ordinare una congrua riduzione del prezzo quindici anni dopo l'iscrizione nell'elenco delle specialità. In questi casi, il premio all'innovazione accordato a un preparato originale decade. L'UFAS può stabilire la riduzione del prezzo d'intesa con i fabbricanti o gli importatori.<sup>155</sup>

4 ...<sup>156</sup>

<sup>148</sup> Vedi anche le disp. fin. della modificazione del 2 ott. 2000 alla fine del presente testo.

<sup>149</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 ott. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2835).

<sup>150</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 2 ott. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2835).

<sup>151</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 2 ott. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2835).

<sup>152</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 2 ott. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2835).

<sup>153</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>154</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>155</sup> Per. introdotto dal n. I dell'O del 28 set. 1998 (RU **1998** 2634).

<sup>156</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996 (RU **1996** 3139). Abrogato dal n. I dell'O del 2 ott. 2000 (RU **2000** 2835).

**Art. 68**      Radiazione

<sup>1</sup> Un medicamento iscritto nell'elenco delle specialità è radiato se:

- a. non adempie più tutte le condizioni d'ammissione;
- b. il prezzo indicato nell'elenco in vigore è stato aumentato senza il consenso dell'UFAS;
- c.<sup>157</sup> la ditta a nome della quale il medicamento pronto per l'uso è omologato non adempie le condizioni e gli oneri connessi a una decisione di cui all'articolo 65 capoverso 6<sup>bis</sup>;
- d.<sup>158</sup> la ditta a nome della quale il medicamento pronto per l'uso è omologato lo reclamizza, direttamente o indirettamente, pubblicamente;
- e.<sup>159</sup> le tasse e i costi di cui all'articolo 71 non sono pagati per tempo.

<sup>2</sup> La radiazione ha effetto decorsi tre mesi dalla pubblicazione nel Bollettino dell'Ufficio della sanità pubblica (art. 72 lett. a). Se motivi particolari lo giustificano, essa ha effetto dal giorno della pubblicazione.

**Art. 69**<sup>160</sup>      Domande

<sup>1</sup> La domanda d'ammissione di un medicamento pronto per l'uso nell'elenco delle specialità va presentata all'UFAS.

<sup>2</sup> Per ogni modifica di un medicamento pronto per l'uso iscritto nell'elenco delle specialità o del suo prezzo va presentata una nuova domanda. Se è stata modificata la composizione delle sostanze attive, l'atto di modifica dell'omologazione dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic dev'essere allegato alla domanda.

<sup>3</sup> Dai documenti allegati alla domanda deve risultare che le condizioni d'ammissione sono adempiute.

<sup>4</sup> La domanda d'ammissione nell'elenco delle specialità può essere presentata quando sono disponibili i dati concernenti le indicazioni e il dosaggio, confermati dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic nel quadro del preavviso di cui all'articolo 6 dell'ordinanza del 17 ottobre 2001<sup>161</sup> sui medicamenti. L'UFAS entra nel merito della domanda non appena è in possesso della relativa documentazione completa.

**Art. 69a**<sup>162</sup>      Documenti necessari all'esame dell'economicità

I documenti necessari all'esame dell'economicità di cui all'articolo 65 capoverso 6<sup>bis</sup> vanno inoltrati all'UFAS al più tardi dopo 18 mesi dall'ammissione nell'elenco delle specialità.

<sup>157</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>158</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>159</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>160</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>161</sup> RS **812.212.21**

<sup>162</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

**Art. 70**<sup>163</sup> Ammissione senza domanda

L'UFAS può ammettere o mantenere nell'elenco delle specialità un medicamento pronto per l'uso che è stato omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, Swissmedic e che rivela una grande importanza terapeutica, anche se il fabbricante o l'importatore non ne ha domandato l'iscrizione o ne ha chiesto la radiazione. In questo caso, l'UFAS stabilisce l'importo della remunerazione a carico dell'assicuratore.

**Art. 71** Tasse e costi

<sup>1</sup> Il richiedente deve pagare una tassa per ogni domanda.

<sup>2</sup> I costi straordinari, segnatamente per ulteriori perizie, possono essere conteggiati in sovrappiù.

<sup>3</sup> Per ogni medicamento ammesso nell'elenco delle specialità e per ogni imballaggio quivi indicato va pagata una tassa annua. Questa tassa serve a coprire i costi di pubblicazione dell'elenco delle specialità.

<sup>4</sup> Il dipartimento stabilisce l'ammontare delle tasse.

**Sezione 5**<sup>164</sup>**Disposizioni comuni per l'Elenco delle analisi, l'Elenco dei medicinali con tariffa e l'Elenco delle specialità****Art. 72** Pubblicazioni nel Bollettino dell'Ufficio federale della sanità pubblica

Nel Bollettino dell'Ufficio federale della sanità pubblica sono pubblicati:

- a. le radiazioni dall'elenco delle specialità;
- b.<sup>165</sup> altre modifiche dell'elenco delle specialità;
- c. le modifiche dell'elenco dei medicinali con tariffa che non comportano una nuova edizione di questo elenco;
- d.<sup>166</sup> le modifiche dell'elenco delle analisi che hanno effetto all'infuori delle edizioni annuali.

**Art. 73** Limitazioni

L'ammissione in un elenco può essere vincolata a limitazioni. La limitazione può segnatamente concernere la quantità e le indicazioni mediche.

<sup>163</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 26 giu. 2002 (RU **2002** 2129).

<sup>164</sup> Originaria sezione 4. Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>165</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 2 ott. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2835).

<sup>166</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

**Art. 74** Domande e proposte

Sentita la commissione competente, l'UFAS può promulgare direttive riguardo la forma, il contenuto e i termini d'inoltro delle domande concernenti l'elenco delle specialità e le proposte riguardanti l'elenco delle analisi o l'elenco dei medicinali con tariffa.

**Art. 75** Prescrizioni di dettaglio

Sentite le commissioni competenti, il dipartimento emana prescrizioni di dettaglio concernenti l'approntamento degli elenchi, in particolare per quanto riguarda il contenuto e i criteri dell'esame dell'economicità dei medicinali.

**Capitolo 4:  
Controllo dell'economicità e della qualità delle prestazioni****Art. 76** Dati concernenti le prestazioni fornite

Gli assicuratori possono trattare in comune i dati relativi al genere e all'entità delle prestazioni fornite dai diversi fornitori di prestazioni, come pure quelli relativi alle remunerazioni fatturate per queste prestazioni, allo scopo esclusivo di:

- a. analizzare i costi e la loro evoluzione;
- b. controllare e garantire l'economicità delle prestazioni ai sensi dell'articolo 56 della legge;
- c. approntare le convenzioni tariffali.

**Art. 77** Garanzia della qualità

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

<sup>2</sup> Le parti alla convenzione devono informare l'UFAS in merito alle vigenti disposizioni convenzionate. L'UFAS può esigere un rapporto concernente l'applicazione delle regole sulla garanzia della qualità.

<sup>3</sup> Nei campi per i quali non si è potuto stipulare alcuna convenzione oppure laddove la convenzione non corrisponde ai requisiti di cui al capoverso 1, il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni. Sente dapprima le organizzazioni interessate.

<sup>4</sup> Sentita la competente commissione, il dipartimento stabilisce le misure di cui all'articolo 58 capoverso 3 della legge.

## **Titolo 5: Finanziamento**

### **Capitolo 1: Sistema finanziario, esposizione dei conti e revisione**

#### **Sezione 1: Sistema finanziario**

##### **Art. 78** Riserva

<sup>1</sup> Gli assicuratori devono garantire l'equilibrio tra le entrate e le uscite per ogni periodo di finanziamento di due anni. Devono inoltre disporre costantemente di una riserva di sicurezza.<sup>167</sup>

<sup>2</sup> e <sup>3</sup> ...<sup>168</sup>

<sup>4</sup> La riserva di sicurezza dell'assicuratore deve, secondo l'effettivo dei membri dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, corrispondere per esercizio annuo almeno alla seguente percentuale dei premi dovuti:

Assicurati	Riserva di sicurezza minima %	
fino a 250 000	20	
più di 250 000	15	169

<sup>5</sup> Gli assicuratori con meno di 50 000 assicurati devono riassicurarsi. È fatta salva l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera.<sup>170</sup>

##### **Art. 79** Garanzia del deficit

<sup>1</sup> Se l'assicuratore ottiene la garanzia del deficit da enti pubblici o da istituzioni beneficianti della garanzia di enti pubblici, l'articolo 78 capoverso 5 si applica per analogia nella misura in cui il garante si è impegnato a versare immediatamente la garanzia in caso di deficit.

<sup>2</sup> Quando invia il preventivo all'UFAS, l'assicuratore deve confermarli che la garanzia è mantenuta. L'assicuratore deve avvisare senza indugio l'UFAS della denuncia della garanzia.

<sup>167</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>168</sup> Abrogati dal n. I dell'O del 6 giu. 2003 (RU **2003** 3249).

<sup>169</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>170</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).  
Vedi anche disp. fin. della presente modificazione.

## Sezione 2: Collocamenti

### Art. 80

<sup>1</sup> Per quanto riguarda i loro collocamenti, le casse malati provvedono a garantire la sicurezza finanziaria, a mantenere le liquidità necessarie e a ripartire i rischi in modo equilibrato, tenendo conto d'un rendimento appropriato.<sup>171</sup>

<sup>2</sup> Le casse malati approntano un regolamento dei collocamenti. Il regolamento e relative modifiche devono essere resi noti all'UFAS.

<sup>3</sup> Per le casse malati sono ammessi i seguenti collocamenti in franchi svizzeri, in euro, in lire sterline, in dollari americani e in yen:<sup>172</sup>

- a. collocamenti presso corporazioni di diritto pubblico e presso banche e casse di risparmio ai sensi della legge federale dell'8 novembre 1934<sup>173</sup> sulle banche e le casse di risparmio;
- b.<sup>174</sup> titoli di credito e altri collocamenti quotati in borsa di cui al massimo un quarto in collocamenti all'estero e il 5 per cento al massimo dei collocamenti della cassa malati per singola società;
- c.<sup>175</sup> collocamenti in Svizzera sotto forma d'immobili e di prestiti garantiti da pegno immobiliare, compresi gli immobili e i locali amministrativi necessari all'attività della cassa malati, fino al 40 per cento dei collocamenti della medesima come pure partecipazioni in società immobiliari fino al 5 per cento dei collocamenti della cassa malati;
- d. collocamenti e averi delle casse malati d'impresa nella propria impresa fino al 10 per cento dei collocamenti della cassa malati; l'impresa deve fornire annualmente alla cassa malati un'attestazione di solvibilità;
- e. collocamenti in istituzioni che facilitano l'applicazione dell'assicurazione sociale malattie, fino al 20 per cento dei collocamenti della cassa malati; i collocamenti devono essere effettuati alle condizioni del mercato; la cassa malati provvede affinché i mezzi dell'assicurazione sociale malattie siano utilizzati solo per scopi propri a quest'ultima e i conti annui (conto d'esercizio e bilancio) dell'istituzione interessata siano trasmessi all'UFAS.

<sup>4</sup> L'UFAS può richiedere alle casse malati informazioni sui collocamenti effettuati e dare istruzioni in merito all'osservanza dei principi di cui al capoverso 1. Può vietare loro alcune forme di collocamento o imporre restrizioni.

<sup>5</sup> I collocamenti degli istituti d'assicurazione privati sono retti dalle disposizioni sulla sorveglianza di questi istituti.

<sup>171</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

<sup>172</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

<sup>173</sup> RS 952.0

<sup>174</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

<sup>175</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU 2000 889).

### Sezione 3: Esposizione dei conti

#### Art. 81 Principi

<sup>1</sup> Gli assicuratori tengono una contabilità distinta per l'assicurazione sociale malattie. Gli oneri e i proventi devono essere contabilizzati separatamente per:

- a. l'assicurazione obbligatoria ordinaria delle cure medico-sanitarie;
- b. ogni forma particolare d'assicurazione ai sensi dell'articolo 62 della legge;
- c. l'assicurazione d'indennità giornaliera.

<sup>2</sup> Gli assicuratori che tengono una contabilità distinta per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera (art. 75 cpv. 2 LAMal), devono poter presentare i risultati annui di ogni contratto collettivo.

<sup>3</sup> L'UFAS può dare istruzioni circa la tenuta della contabilità. In mancanza d'istruzioni, sono applicabili gli articoli 662a e 957 a 963 CO<sup>176</sup>.

#### Art. 82 Piano contabile e regole per la tenuta della contabilità

Per l'applicazione dell'assicurazione malattie sociale, gli assicuratori approntano in comune un piano contabile uniforme e regole uniformi per la tenuta della contabilità che sottopongono per approvazione all'UFAS. Se approvati, essi vincolano tutti gli assicuratori. Se gli assicuratori non possono accordarsi in merito, il dipartimento, sentito il Dipartimento federale di giustizia e polizia, emana le necessarie direttive.

#### Art. 83 Accantonamenti per casi d'assicurazione non liquidati

<sup>1</sup> Ogni assicuratore deve costituire accantonamenti per casi di assicurazione non liquidati, concernenti:

- a. l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- b. l'assicurazione d'indennità giornaliera.

<sup>2</sup> Nel conto d'esercizio corrente, gli assicuratori rettificano gli accantonamenti esposti a bilancio se non corrispondono ai bisogni effettivi calcolati secondo i costi dell'anno precedente.

#### Art. 84 Costi di amministrazione

<sup>1</sup> I costi di amministrazione dell'assicurazione malattie devono essere ripartiti tra:

- a. l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- b. l'assicurazione d'indennità giornaliera;
- c. le assicurazioni complementari e le altre forme d'assicurazione.

<sup>2</sup> Questa ripartizione va effettuata secondo gli oneri effettivi.

**Art. 85** Comunicazioni all'UFAS

<sup>1</sup> Gli assicuratori devono presentare all'UFAS, entro il 30 aprile dell'anno seguente, il bilancio, i conti di esercizio e il rapporto di gestione relativi all'anno contabile precedente. La risoluzione di approvazione dei conti da parte dell'organo competente dell'assicuratore può essere trasmessa più tardi, ma non oltre il 30 giugno.<sup>177</sup>

<sup>2</sup> Gli assicuratori devono presentare all'UFAS, entro il 31 luglio dell'anno contabile corrente, il preventivo per l'anno contabile seguente.

<sup>3</sup> Il bilancio, i conti d'esercizio e il preventivo vanno presentati mediante i formulari stabiliti dall'UFAS.

**Art. 85a**<sup>178</sup> Pubblicazione

<sup>1</sup> Ogni anno gli assicuratori pubblicano un documento che comprende in particolare il rapporto di gestione sull'esercizio trascorso, i dati principali per ramo assicurativo e i dati di cui all'articolo 31 capoverso 2.

<sup>2</sup> Essi mettono il documento a disposizione di ogni persona interessata.

**Sezione 4: Revisione****Art. 86** Organo di revisione

<sup>1</sup> Ogni assicuratore designa un organo di revisione esterno e indipendente, che disponga di approfondite conoscenze nel campo dell'assicurazione malattie.

<sup>2</sup> Possono fungere da organo di revisione:

- a. i revisori con particolari qualifiche professionali ai sensi dell'articolo 727b CO<sup>179</sup> e relative disposizioni d'applicazione;
- b. per gli assicuratori con meno di 10 000 assicurati: anche le persone seguenti, se hanno esercitato durante almeno cinque anni:
  1. contabili con diploma federale,
  2. fiduciari con diploma federale,
  3. titolari d'un attestato di capacità estero, equipollente a quello di cui ai numeri 1 e 2, purché dispongano di un'esperienza pratica corrispondente e delle necessarie conoscenze di diritto svizzero in materia di revisione d'impresе svizzere;
- c. per le casse malati di diritto pubblico cantonale: anche i servizi ufficiali di controllo delle finanze.

<sup>3</sup> L'organo di revisione e i propri collaboratori sono tenuti a mantenere il segreto sulle constatazioni fatte durante le revisioni.

<sup>177</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>178</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>179</sup> RS **220**

<sup>4</sup> La responsabilità dell'organo di revisione soggiace alle disposizioni applicabili alle società cooperative concessionarie di assicurazione (art. 920 CO).

<sup>5</sup> Se, malgrado intimazione, l'assicuratore non ha designato alcun organo di revisione, quest'ultimo è scelto dall'UFAS.

<sup>6</sup> Se un organo di revisione non adempie più le esigenze di cui ai capoversi 1, 2 e 3 oppure se assolve il proprio compito soltanto in parte o non lo assolve affatto, l'assicuratore deve designarne un altro.

<sup>7</sup> L'UFAS può impartire agli assicuratori istruzioni circa il mandato da conferire all'organo di revisione.

#### **Art. 87**           Compiti dell'organo di revisione

<sup>1</sup> L'organo di revisione verifica ogni anno se la contabilità, i conti annui e le statistiche sono formalmente e materialmente conformi alle esigenze legali (revisione annua). Esamina inoltre se l'amministrazione offre tutte le garanzie d'una gestione corretta e regolare, segnatamente se la sua organizzazione è adeguata e se si attiene alle disposizioni legali e interne.

<sup>2</sup> L'organo di revisione può effettuare revisioni intermedie in loco e senza preavviso, segnatamente in caso di dubbi riguardo la tenuta dei conti e l'amministrazione.

#### **Art. 88**           Rapporti dell'organo di revisione

<sup>1</sup> L'organo di revisione stende un rapporto su ogni revisione annua e su ogni revisione intermedia. Questi rapporti indicano la data e l'entità delle revisioni, le constatazioni fatte e le conseguenze da trarne.

<sup>2</sup> Un esemplare completo e identico di ogni rapporto dev'essere trasmesso sia al competente organo dell'assicuratore sia all'UFAS. Il rapporto sulla revisione annua va trasmesso all'UFAS entro il 30 giugno dell'anno seguente e i rapporti sulle revisioni intermedie entro tre mesi dalle corrispettive effettuazioni.<sup>180</sup>

<sup>3</sup> L'organo di revisione, se constata mancanze, irregolarità, anomalie o altri fatti che rendono dubbia la sicurezza finanziaria dell'assicuratore o la capacità dello stesso di adempiere i suoi compiti, invia senza indugio il proprio rapporto alla direzione dell'assicuratore e all'UFAS.

<sup>4</sup> L'UFAS può impartire istruzioni relative alla forma e al contenuto dei rapporti e rinviare all'organo di revisione i rapporti non corrispondenti alle previste esigenze.

<sup>180</sup> Nuovo testo del per. giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 3249).

## Capitolo 2: Premi degli assicurati

### Sezione 1: Disposizioni generali

#### Art. 89 Indicazione dei premi

L'assicuratore deve indicare separatamente per ogni assicurato i premi:

- a. dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, scindendo il premio per il rischio infortuni ivi incluso;
- b. dell'assicurazione d'indennità giornaliera;
- c. delle assicurazioni complementari;
- d. degli altri rami d'assicurazione.

#### Art. 90<sup>181</sup> Riscossione dei premi

<sup>1</sup> I premi devono essere pagati in anticipo e di regola mensilmente.

<sup>2</sup> Il tasso per gli interessi di mora sui premi scaduti ai sensi dell'articolo 26 capoverso 1 LPGa è del 5 per cento all'anno.

<sup>3</sup> Se, nonostante diffida, l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura esecutiva. Se questa sfocia in un attestato di carenza di beni, l'assicuratore ne informa la competente autorità d'assistenza sociale. Sono salve le disposizioni cantonali che prevedono la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi.

<sup>4</sup> Dopo la notifica dell'attestato di carenza di beni e l'avviso all'autorità d'assistenza sociale, l'assicuratore può sospendere la remunerazione delle prestazioni finché i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non siano stati interamente pagati. Se questi sono pagati, l'assicuratore assume i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione.

<sup>5</sup> Se un assicurato residente in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia non paga i premi o le partecipazioni ai costi entro la scadenza dei termini, l'assicuratore deve sollecitarlo per scritto e renderlo attento alle conseguenze della mora. L'assicuratore può quindi sospendere la remunerazione delle prestazioni finché i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora non siano stati interamente pagati. L'assicuratore informa nel contempo l'istanza d'assistenza reciproca competente nel luogo di residenza dell'assicurato come pure l'istituzione comune di cui all'articolo 18 della legge in merito alla sospensione delle prestazioni. Se i premi, le partecipazioni ai costi scoperti e gli interessi di mora sono interamente pagati, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione.

<sup>181</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

**Art. 90a**<sup>182</sup> Interessi compensativi

<sup>1</sup> Gli interessi compensativi ai sensi dell'articolo 26 capoverso 1 LPGa sono versati per premi non dovuti che vengono restituiti o compensati dall'assicuratore e per differenze di premi che l'assicuratore deve risarcire ai sensi dell'articolo 7 capoversi 7 e 8 LAMal, purché la pretesa sia superiore a 3000 franchi e non venga saldata dall'assicuratore entro sei mesi.

<sup>2</sup> Il tasso sull'interesse compensativo ammonta al 5 per cento all'anno. Per il calcolo sono applicabili per analogia le disposizioni dell'articolo 7 dell'ordinanza dell'11 settembre 2002<sup>183</sup> concernente la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali.

**Art. 91** Graduazione dei premi

<sup>1</sup> Se l'assicuratore gradua i premi secondo le regioni giusta l'articolo 61 capoverso 2 della legge, il grado di premio più elevato non deve superare di oltre il 50 per cento il grado di premio più basso all'interno di uno stesso Cantone.<sup>184</sup>

<sup>2</sup> Per le persone di cui agli articoli 3, 4 e 5, soggette all'assicurazione svizzera, l'assicuratore può graduare i premi secondo le regioni ove si trova il loro domicilio, se è provato che i costi differiscono secondo queste regioni.

<sup>3</sup> Per gli assicurati di cui all'articolo 61 capoverso 3 della legge, la graduazione dei premi secondo i gruppi d'età è effettuata in base all'anno di nascita.

**Art. 91a**<sup>185</sup> Riduzione dei premi per assoggettamento a un'altra assicurazione

<sup>1</sup> ...<sup>186</sup>

<sup>2</sup> Gli assicuratori possono, per la durata della copertura degli infortuni, ridurre i premi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie delle persone che hanno stipulato un'assicurazione per accordo o facoltativa secondo la LAINF<sup>187</sup>. La riduzione può al massimo corrispondere alla copertura degli infortuni.

**Art. 92** Tariffe dei premi

<sup>1</sup> Gli assicuratori devono inviare all'UFAS per approvazione le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e corrispettive modifiche al più tardi cinque mesi prima della loro applicazione. Queste tariffe non sono applicabili prima di essere state approvate dall'UFAS.

<sup>2</sup> Alle tariffe dei premi vanno allegati, mediante il formulario fornito dall'UFAS:

- a. il preventivo (bilancio e conto d'esercizio) dell'anno contabile corrente;
- b. il preventivo (bilancio e conto d'esercizio) dell'anno contabile successivo.

<sup>182</sup> Introdotto dal n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3908).

<sup>183</sup> RS **830.11**

<sup>184</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>185</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

<sup>186</sup> Abrogato dal n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU **2001** 138).

<sup>187</sup> RS **832.20**

<sup>3</sup> Se i premi sono graduati secondo i Cantoni o le regioni, l'UFAS può chiedere periodicamente all'assicuratore un esposto sui conti medi degli ultimi anni contabili nei relativi Cantoni e regioni.

<sup>4</sup> L'assicuratore deve comunicare i premi unitamente alle corrispettive condizioni d'assicurazione anche per le forme particolari d'assicurazione di cui all'articolo 62 della legge.

<sup>5</sup> Con l'approvazione delle tariffe dei premi oppure anche dopo, l'UFAS può impartire istruzioni all'assicuratore riguardo la determinazione dei premi degli anni seguenti.

### Sezione 1a:<sup>188</sup>

#### Premi degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia<sup>189</sup>

##### Art. 92a Riscossione dei premi

Se l'assicurato risiede all'estero, l'assicuratore riscuote i premi in franchi svizzeri oppure in euro. L'assicuratore può riscuotere questi premi trimestralmente, senza il consenso dell'assicurato.

##### Art. 92b Calcolo dei premi

<sup>1</sup> L'assicuratore calcola per ogni singolo Stato membro della Comunità europea, per l'Islanda e per la Norvegia i premi dovuti dagli assicurati che vi risiedono.<sup>190</sup>

<sup>2</sup> L'assicuratore può graduare i premi all'interno di uno degli Stati di cui al capoverso 1 se è provato che i costi differiscono secondo le regioni. Sono consentite al massimo tre graduazioni regionali. E' applicabile l'articolo 61 capoverso 3 della legge.<sup>191</sup>

<sup>3</sup> Per la determinazione dei premi, l'assicuratore considera:

- a. per gli assicurati per i quali è previsto un rimborso delle prestazioni in base ad importi forfettari secondo gli articoli 94 e 95 del regolamento CEE 574/72<sup>192</sup>:
  1. i costi della remunerazione degli importi forfettari,
  2. un supplemento per la costituzione delle riserve giusta l'articolo 78 capoverso 4, per la copertura dei costi di amministrazione secondo l'articolo 84 e per tener conto dell'evoluzione dei costi tra l'anno in cui

<sup>188</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU **2002** 915).

<sup>189</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>190</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>191</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>192</sup> Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 mar. 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (GU n. L 74 del 27 mar. 1972) (codificato anche mediante il regolamento (CE) n. 118/97 del Consiglio del 2 dic. 1996); modificato per l'ultima volta mediante il regolamento (CE) n. 307/1999 del Consiglio dell'8 feb. 1999 (GU n. L 38 del 12 feb. 1999).

viene approntata la statistica dei costi secondo l'articolo 19 capoverso 2 lettera a e l'anno per il quale vengono riscossi i premi;

- b. per gli assicurati per i quali è previsto un rimborso delle prestazioni secondo i costi effettivi secondo l'articolo 93 del regolamento CEE 574/72:
  1. i costi della remunerazione delle prestazioni,
  2. un supplemento per la costituzione delle riserve secondo l'articolo 78 capoverso 4, per la costituzione degli accantonamenti secondo l'articolo 83 capoverso 1, per la copertura dei costi di amministrazione secondo l'articolo 84 e per una tassa di rischio secondo l'articolo 4 capoversi 2 e 5 dell'ordinanza del 12 aprile 1995<sup>193</sup> sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie.

#### **Art. 92c**<sup>194</sup> Contabilità

Per gli assicurati di cui all'articolo 92b capoverso 3 lettere a e b gli assicuratori tengono una contabilità separata per ogni singolo Stato membro della Comunità europea, per l'Islanda e per la Norvegia.

## **Sezione 2: Forme particolari d'assicurazione**

#### **Art. 93** Assicurazione con franchigie opzionali a. Franchigie opzionali

<sup>1</sup> Oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale gli assicurati possono scegliere una franchigia superiore a quella prevista nell'articolo 103 capoverso 1 (franchigie opzionali). Le franchigie opzionali ammontano a 400, 600, 1200 e 1500 franchi per gli assicurati adulti e a 150, 300 e 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. L'assicuratore che esercita questa forma d'assicurazione deve offrire tutte le franchigie opzionali.<sup>195</sup>

<sup>2</sup> L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale corrisponde a quello di cui all'articolo 103 capoverso 2.

<sup>3</sup> Se più figli di una stessa famiglia che non hanno ancora compiuto 18 anni sono assicurati presso lo stesso assicuratore, la loro partecipazione ai costi non deve superare il doppio dell'importo massimo per figlio (franchigia opzionale e aliquota percentuale secondo l'art. 103 cpv. 2). Se per questi figli sono state scelte differenti franchigie, l'assicuratore stabilisce la partecipazione massima.

<sup>193</sup> RS **832.112.1**

<sup>194</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>195</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

**Art. 94** b. Adesione e uscita, cambiamento di franchigia

<sup>1</sup> Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può scegliere una franchigia superiore solo per l'inizio di un anno civile.

<sup>2</sup> Il passaggio a una franchigia inferiore o a un'altra forma di assicurazione, come pure il cambiamento dell'assicuratore, è possibile per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge.<sup>196</sup>

<sup>3</sup> L'assicurato che cambia assicuratore secondo l'articolo 7 capoversi 2, 3 e 4 della legge nel corso dell'anno civile mantiene la franchigia scelta presso il precedente assicuratore sempreché il nuovo assicuratore eserciti tale forma di assicurazione. L'articolo 103 capoverso 4 si applica per analogia.<sup>197</sup>

**Art. 95** c. Premi

<sup>1</sup> I premi dell'assicurazione con franchigie opzionali devono fondarsi su quelli dell'assicurazione ordinaria. Gli assicuratori provvedono affinché gli assicurati di ambedue queste forme d'assicurazione contribuiscano alla costituzione delle riserve e alla compensazione dei rischi nella misura esatta secondo i principi attuariali d'assicurazione.

<sup>1bis</sup> Gli assicuratori stabiliscono l'ammontare della riduzione del premio in base alle esigenze attuariali. Si attengono alle riduzioni massime dei premi stabilite nei capoversi 2 e 2<sup>bis</sup> e concedono per ogni franchigia la stessa riduzione percentuale in tutte le regioni di un Cantone.<sup>198</sup>

<sup>2</sup> Rispetto ai premi dell'assicurazione ordinaria, gli assicuratori possono ridurre quelli delle assicurazioni con franchigie opzionali al massimo:

- a. del 21 per cento se la franchigia è di 150 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni;
- b. del 37 per cento se la franchigia è di 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni;
- c. del 43 per cento se la franchigia è di 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni;
- d. del 3 per cento se la franchigia è di 400 franchi per gli assicurati adulti;
- e. del 9 per cento se la franchigia è di 600 franchi per gli assicurati adulti;
- f. del 24 per cento se la franchigia è di 1200 franchi per gli assicurati adulti;
- g. del 30 per cento se la franchigia è di 1500 franchi per gli assicurati adulti.<sup>199</sup>

<sup>196</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° ott. 2003 (RU **2003** 3249).

<sup>197</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° ott. 2003 (RU **2003** 3249).

<sup>198</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000 (RU **2000** 889). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU**2003** 3249).

<sup>199</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>2bis</sup> La riduzione dei premi per anno civile non deve superare l'80 per cento del rischio di partecipare ai costi assunto dagli assicurati che hanno scelto una franchigia più elevata.<sup>200</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>201</sup>

**Art. 96**           Assicurazione con bonus  
a. Principio

<sup>1</sup> Oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale è accordata una riduzione di premio se l'assicurato non ha ottenuto alcuna prestazione durante un anno (assicurazione con bonus). Sono fatte salve le prestazioni di maternità e le misure mediche di prevenzione.

<sup>2</sup> L'anno civile è considerato periodo di riferimento, inteso a stabilire se l'assicurato ha ottenuto prestazioni. Gli assicuratori possono tuttavia prevedere un periodo di riferimento anticipato di tre mesi al massimo. In questo caso, il periodo di riferimento per il primo anno d'affiliazione all'assicurazione con bonus è ridotto in proporzione.

<sup>3</sup> La data della cura va considerata data dell'ottenimento di prestazione. Gli assicuratori stabiliscono il termine entro il quale gli assicurati devono trasmettere loro le fatture.

<sup>4</sup> L'assicurazione con bonus non può essere offerta in combinazione con franchigie opzionali ai sensi dell'articolo 93.

**Art. 97**           b. Adesione e uscita

<sup>1</sup> Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con bonus. Il passaggio dall'assicurazione ordinaria all'assicurazione con bonus è solo possibile per l'inizio di un anno civile.

<sup>2</sup> Il passaggio a un'altra forma di assicurazione o il cambiamento di assicuratore è possibile per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge.<sup>202</sup>

<sup>3</sup> Se l'assicurato cambia assicuratore secondo l'articolo 7 capoverso 2, 3 o 4 della legge nel corso dell'anno civile, il nuovo assicuratore deve, se esercita l'assicurazione con bonus e se l'assicurato vi aderisce, computare il periodo durante il quale quest'ultimo non ha riscosso alcuna prestazione dall'assicurazione con bonus del precedente assicuratore.<sup>203</sup>

<sup>200</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>201</sup> Abrogata dal n. I dell'O del 23 feb. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>202</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° ott. 2003 (RU **2003** 3249).

<sup>203</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° ott. 2003 (RU **2003** 3249).

**Art. 98** c. Premi

<sup>1</sup> Gli assicuratori devono stabilire i premi dell'assicurazione con bonus cosicché gli affiliati all'assicurazione ordinaria e all'assicurazione con bonus contribuiscano alla costituzione delle riserve e alla compensazione dei rischi nella misura esatta secondo i principi attuariali d'assicurazione.

<sup>2</sup> I premi iniziali dell'assicurazione con bonus devono superare del 10 per cento quelli dell'assicurazione ordinaria.

<sup>3</sup> Nell'assicurazione con bonus vanno applicati i gradi di premi seguenti:

Gradi di premi	Bonus in % del premio iniziale
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

<sup>4</sup> Se durante l'anno civile l'assicurato non ottiene alcuna prestazione, nell'anno civile successivo gli è applicato il grado di premio immediatamente inferiore. Per la riduzione dei premi sono determinanti unicamente gli anni d'affiliazione all'assicurazione con bonus durante i quali l'assicurato non ha ottenuto alcuna prestazione.

<sup>5</sup> Se durante l'anno civile l'assicurato ottiene prestazioni, nell'anno civile successivo gli è applicato il grado di premio immediatamente superiore.

**Art. 99** Assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni  
a. Principio

<sup>1</sup> Oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

<sup>2</sup> Per le assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni l'assicuratore può rinunciare in tutto o in parte alla riscossione dell'aliquota percentuale e della franchigia.<sup>204</sup>

**Art. 100** b. Adesione e uscita

<sup>1</sup> Tutti gli assicurati residenti nella regione in cui l'assicuratore esercita assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni possono aderire a queste assicurazioni.

<sup>2</sup> È sempre possibile passare dall'assicurazione ordinaria a un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

<sup>3</sup> Il passaggio a un'altra forma di assicurazione o il cambiamento di assicuratore è possibile per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge.<sup>205</sup>

<sup>204</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>205</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° ott. 2003 (RU **2003** 3249).

<sup>4</sup> È fatto salvo il cambiamento di assicuratore nel corso dell'anno secondo l'articolo 7 capoversi 2, 3 e 4 della legge.<sup>206</sup>

**Art. 101** c. Premi

<sup>1</sup> Le assicurazioni con scelta limitata dei fornitori di prestazioni non costituiscono comunità di rischio particolari per uno stesso assicuratore. Per la determinazione dei premi, l'assicuratore deve tener conto dei costi amministrativi e degli eventuali premi di riassicurazione e provvedere affinché gli assicurati con scelta limitata dei fornitori di prestazioni contribuiscano alla costituzione delle riserve e alla compensazione dei rischi nella misura esatta secondo i principi attuariali d'assicurazione.

<sup>2</sup> Riduzioni di premi sono solo ammesse per le differenze di costi risultanti dalla scelta limitata dei fornitori di prestazioni come pure dal modo e dall'entità della remunerazione dei fornitori di prestazioni. Differenze di costi dovute a strutture di rischio favorevoli non danno diritto a riduzione di premio. Le differenze di costi devono essere comprovate mediante cifre empiriche, stabilite durante almeno cinque esercizi contabili.

<sup>3</sup> Se non esistono ancora cifre empiriche stabilite durante almeno cinque esercizi contabili, i premi possono essere al massimo del 20 per cento inferiori a quelli dell'assicurazione ordinaria dell'assicuratore considerato.

<sup>4</sup> Se un'istituzione che serve all'esercizio di un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni fornisce le sue prestazioni ad assicurati presso più assicuratori, per gli assicurati può essere stabilito un premio uniforme.

**Art. 101a**<sup>207</sup> Forme particolari d'assicurazione per gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia

<sup>1</sup> Gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia non possono aderire alle forme particolari d'assicurazione di cui agli articoli 93–101.

<sup>2</sup> Gli assicuratori possono offrire l'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni di cui agli articoli 99–101 agli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia che lavorano in Svizzera e ai loro familiari assicurati. Per la determinazione di riduzioni dei premi ai sensi dell'articolo 101 capoversi 2 e 3 va considerato che questi assicurati possono pure farsi curare nel loro Paese di residenza.

<sup>206</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° ott. 2003 (RU **2003** 3249).

<sup>207</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU **2002** 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

### Sezione 3: Indennizzo di terzi

#### Art. 102

<sup>1</sup> L'indennizzo di terzi ai sensi dell'articolo 63 della legge non può superare le spese che sarebbero state a carico dell'assicuratore se avesse assunto lui stesso i compiti delegati a terzi.

<sup>2</sup> Questo indennizzo fa parte dei costi d'amministrazione dell'assicuratore. Esso non può essere impiegato per ridurre i premi degli assicurati.

### Capitolo 3: Partecipazione ai costi

#### Art. 103 Franchigia e aliquota percentuale

<sup>1</sup> La franchigia prevista nell'articolo 64 capoverso 2 lettera a della legge ammonta a 300 franchi per anno civile.<sup>208</sup>

<sup>2</sup> L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 capoverso 2 lettera b della legge ammonta a 700<sup>209</sup> franchi per gli assicurati adulti e a 350 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni.<sup>210</sup>

<sup>3</sup> Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura.

<sup>4</sup> In caso di cambiamento dell'assicuratore nel corso di un anno civile, il nuovo assicuratore computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate in questo stesso anno. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, il computo sarà effettuato a prova addotta dall'assicurato.

<sup>5</sup> L'UFAS può, a domanda, autorizzare gli assicuratori a riscuotere un importo globale annuo per la franchigia e l'aliquota percentuale degli assicurati, la cui protezione assicurativa è prevista per meno di un anno civile. Questo importo globale deve corrispondere in media alla partecipazione ai costi ordinaria. Gli assicuratori devono fornire all'UFAS i dati in merito, conformemente all'articolo 28.

<sup>6</sup> Per gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda, nel Liechtenstein o in Norvegia e che in caso di soggiorno in Svizzera hanno diritto all'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni in base all'articolo 95a della legge, viene riscosso un importo globale per la franchigia e per l'aliquota percentuale. Questo importo ammonta, per un periodo di 30 giorni, a 92 franchi per gli adulti e a 33 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni.<sup>211</sup>

<sup>7</sup> I capoversi 1–4 sono applicabili per analogia agli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia che lavorano in Svizzera

<sup>208</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>209</sup> RU **2003** 3991

<sup>210</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

<sup>211</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU **2002** 915). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 6 giu. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 3249).

come pure agli assicurati residenti in Belgio, Germania, Paesi Bassi e Austria e che possono scegliere di farsi curare nello Stato di residenza o in Svizzera in virtù dell'articolo 95a lettera a della legge.<sup>212</sup>

**Art. 104** Contributo ai costi di degenza ospedaliera

<sup>1</sup> Il contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera previsto nell'articolo 64 capoverso 5 della legge ammonta a 10 franchi.

<sup>2</sup> Sono esentati dal pagamento di questo contributo:

- a. gli assicurati che vivono in comunione domestica con una o più persone, con le quali hanno un rapporto attinente al diritto di famiglia;
- b. le donne, per le prestazioni di maternità;
- c.<sup>213</sup> gli assicurati di cui dell'articolo 103 capoverso 6.

**Art. 105** Aumento, riduzione e soppressione della partecipazione ai costi

<sup>1</sup> Il dipartimento designa le prestazioni per le quali va riscossa una partecipazione ai costi più alta ai sensi dell'articolo 64 capoverso 6 lettera a della legge e ne stabilisce l'ammontare. Può inoltre prevedere una partecipazione ai costi più alta se le prestazioni:

- a. sono state fornite per un determinato periodo;
- b. hanno raggiunto un determinato volume.

<sup>2</sup> Se l'aliquota percentuale è aumentata rispetto a quella prevista nell'articolo 64 capoverso 2 lettera b della legge, l'ammontare che supera il tasso stabilito nella legge conta solo per metà nel calcolo dell'importo massimo di cui all'articolo 103 capoverso 2.

<sup>3</sup> Il dipartimento designa le prestazioni per le quali la partecipazione ai costi è ridotta o soppressa ai sensi dell'articolo 64 capoverso 6 lettera b della legge. Esso stabilisce l'ammontare della partecipazione ai costi ridotta.

<sup>3bis</sup> Il dipartimento designa le prestazioni di cui all'articolo 64 capoverso 6 lettera d della legge, per le quali la franchigia non è dovuta.<sup>214</sup>

<sup>4</sup> Prima di emanare le disposizioni di cui ai capoversi 1, 3 e 3<sup>bis</sup>, il dipartimento sente la commissione competente.<sup>215</sup>

<sup>212</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 3 lug. 2001 (RU 2002 915). Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU 2002 1633).

<sup>213</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU 2002 915).

<sup>214</sup> Introdotto dal n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU 2001 138).

<sup>215</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 dic. 2000 (RU 2001 138).

## Capitolo 4:<sup>216</sup> Riduzione dei premi da parte dei Cantoni

**Art. 106<sup>217</sup>** Riduzione dei premi da parte dei Cantoni per gli assicurati con un permesso di dimora valido per almeno tre mesi

Hanno diritto alla riduzione dei premi anche le persone tenute ad assicurarsi ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettere a ed f, purché soddisfino le condizioni di diritto del Cantone.

**Art. 106a** Riduzione dei premi da parte dei Cantoni per gli assicurati che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia<sup>218</sup>

<sup>1</sup> Per le seguenti persone la riduzione dei premi è praticata secondo l'articolo 65a della legge:

- a. gli assicurati che percepiscono una rendita svizzera, fintanto che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera o beneficiano di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione;
- b. i familiari assicurati di una persona assicurata ai sensi della lettera a, anche se un altro familiare assicurato percepisce solo una rendita svizzera;
- c. i familiari assicurati di una persona assicurata che esercita un'attività lucrativa in Svizzera o che beneficia di una prestazione dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione, anche se un altro familiare assicurato percepisce solo una rendita svizzera.

<sup>2</sup> All'atto di verificare le modeste condizioni economiche degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia, i Cantoni non possono prendere in considerazione il reddito e la sostanza netta dei familiari assoggettati alla procedura ai sensi dell'articolo 66a della legge.<sup>219</sup>

## Seconda parte: Assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera

**Art. 107** Sistema finanziario

Gli articoli 78 e 79 si applicano per analogia.

**Art. 108** Tariffa dei premi

L'articolo 92 si applica per analogia.

<sup>216</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 3 lug. 2001, in vigore dal 1° giu. 2002 (RU **2002** 915).

<sup>217</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>218</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

<sup>219</sup> Nuovo testo giusta il n. I del 22 mag. 2002 (RU **2002** 1633).

**Art. 108<sup>a220</sup>** Riscossione dei premi

Sono applicabili per analogia gli articoli 90 capoversi 1 e 2 e 90a.

**Art. 109** Adesione

Ogni persona che adempie le condizioni di cui all'articolo 67 capoverso 1 della legge può aderire all'assicurazione d'indennità giornaliera alle stesse condizioni valevoli per gli altri assicurati, segnatamente riguardo la durata e l'ammontare dell'indennità giornaliera e per quanto, presumibilmente, non ne risulti un sovrindennizzo.

**Parte terza: Regole di coordinamento****Titolo 1: Coordinamento delle prestazioni****Capitolo 1: Relazioni con altre assicurazioni sociali****Sezione 1: Limiti dell'obbligo di fornire prestazioni****Art. 110<sup>221</sup>** Principio

Ove, in un caso d'assicurazione, prestazioni dell'assicurazione malattie concorrano con prestazioni di uguale natura dell'assicurazione infortuni secondo la LAINF<sup>222</sup>, dell'assicurazione militare, dell'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti o dell'assicurazione per l'invalidità, le prestazioni di queste altre assicurazioni sono pozziori. È fatto salvo l'articolo 128 dell'ordinanza del 20 dicembre 1982<sup>223</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni.

**Art. 111** Notifica dell'infortunio

Gli assicurati devono notificare al loro assicuratore-malattie gli infortuni non notificati a un assicuratore-infortuni o all'assicurazione militare.<sup>224</sup> Essi devono fornire le informazioni riguardanti:

- a. l'ora, il luogo, le circostanze e le conseguenze dell'infortunio;
- b. il medico curante o l'ospedale;
- c. eventuali responsabili e assicurazioni interessate.

<sup>220</sup> Introdotto dal n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3908).

<sup>221</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago. (RU **1998** 1818).

<sup>222</sup> RS **832.20**

<sup>223</sup> RS **832.202**

<sup>224</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 3908).

## Sezione 2: Obbligo di anticipare le prestazioni

**Art. 112** In relazione con l'assicurazione contro gli infortuni e l'assicurazione militare

<sup>1</sup> Ove, in caso di malattia o d'infortunio, non è certo se l'obbligo di fornire prestazioni spetti all'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF<sup>225</sup> o all'assicurazione militare, l'assicuratore-malattie può anticipare spontaneamente le prestazioni che assicura, a condizione che sia garantito il suo pieno diritto alla ripetizione.<sup>226</sup>

<sup>2</sup> Se una persona è assicurata per l'indennità giornaliera presso più assicuratori-malattie, l'obbligo di anticipare le prestazioni incombe ad ognuno di questi assicuratori.

**Art. 113** In relazione con l'assicurazione per l'invalidità

Se l'assicurato ha chiesto prestazioni sia all'assicuratore-malattie sia all'assicurazione per l'invalidità, l'assicuratore-malattie deve fornire a titolo provvisorio una garanzia di pagamento per i costi della cura medico-sanitaria finché sia stabilita l'assicurazione che assume il caso.

**Art. 114**<sup>227</sup> Obbligo d'informare

L'assicuratore-malattie che anticipa le prestazioni deve avvertire l'assicurato circa il diritto di ricorso reciproco di cui all'articolo 71 LPGa.

**Art. 115**<sup>228</sup>

**Art. 116** Tariffe differenti

<sup>1</sup> Se l'assicuratore-malattie ha anticipato prestazioni, gli altri assicuratori sociali devono versare ai fornitori di prestazioni l'eventuale differenza tra la loro propria tariffa e quella applicata dall'assicuratore-malattie.

<sup>2</sup> Se, applicando le proprie tariffe, l'assicuratore-malattie ha pagato ai fornitori di prestazioni più di quanto avrebbe dovuto se avesse applicato le tariffe valide per le altre assicurazioni, i fornitori di prestazioni devono restituirgli la differenza.

<sup>225</sup> RS 832.20

<sup>226</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>227</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>228</sup> Abrogato dal n. I dell'O dell'11 set. 2002 (RU 2002 3908).

### Sezione 3: Rimborso di prestazioni di altri assicuratori sociali

#### Art. 117 Principio

<sup>1</sup> Se l'assicuratore-malattie ha indebitamente pagato prestazioni sgravando a torto un altro assicuratore sociale o viceversa, l'assicuratore sgravato a torto deve rimborsare all'altro assicuratore l'importo di cui è stato sgravato, ma al massimo sino a concorrenza del suo obbligo legale.

<sup>2</sup> Se più assicuratori-malattie hanno diritto oppure sono tenuti al rimborso, le loro rispettive aliquote sono calcolate secondo le prestazioni che hanno o avrebbero dovuto effettuare.

<sup>3</sup> Il diritto al rimborso si prescrive in cinque anni dall'effettuazione della prestazione.

#### Art. 118 Conseguenze per gli assicurati

<sup>1</sup> Nei casi d'assicurazione correnti, l'assicuratore tenuto definitivamente a prestare provvede affinché le prestazioni siano effettuate secondo le prescrizioni che gli sono applicabili. Egli informa in merito l'assicurato.

<sup>2</sup> Se l'assicurato avesse di norma dovuto ottenere prestazioni in contanti superiori a quelle effettivamente ottenute, l'assicuratore tenuto al rimborso gli versa la differenza. Ciò vale anche se il rapporto assicurativo si è frattanto sciolto.

#### Art. 119 Differenti tariffe

<sup>1</sup> L'assicuratore tenuto al rimborso versa ai fornitori di prestazioni l'eventuale differenza tra la tariffa applicata dall'assicuratore avente diritto al rimborso e la tariffa valevole per lui.

<sup>2</sup> Se l'assicuratore avente diritto al rimborso ha pagato più di quanto avrebbe dovuto applicando le tariffe vevolevoli per l'assicuratore tenuto al rimborso, i fornitori di prestazioni devono versargli la differenza.

### Sezione 4:<sup>229</sup> Obbligo dell'assicuratore d'informare

#### Art. 120

L'assicurato deve essere informato sulla comunicazione di dati (art. 84a LAMal) e sull'assistenza amministrativa (art. 32 cpv. 2 LPGA e art. 82 LAMal).

#### Art. 121

*Abrogato*

<sup>229</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

## Capitolo 2: Sovrindennizzo

### Art. 122<sup>230</sup>

<sup>1</sup> Trattandosi di prestazioni in natura, vi è sovrindennizzo nella misura in cui, per lo stesso danno alla salute, le corrispettive prestazioni delle assicurazioni sociali superano segnatamente i limiti seguenti:

- a. i costi diagnostici e terapeutici che ne derivano per l'assicurato;
- b. i costi delle cure e altri costi di malattia non coperti che ne derivano per l'assicurato.

<sup>2</sup> Se una persona è assicurata presso più assicuratori-malattie per l'indennità giornaliera ai sensi degli articoli 67 a 77 della legge, il sovraindenizzo è stabilito secondo l'articolo 69 capoverso 2 LPGa. Se le prestazioni devono essere ridotte, ciascun assicuratore è tenuto a versare le prestazioni nella proporzione esistente tra l'indennità giornaliera che assicura e l'importo totale delle indennità giornaliere assicurate.

...

### Art. 123–126<sup>231</sup>

*Abrogati*

## Parte quarta: Decisione, spese di comunicazione e pubblicazione di dati<sup>232</sup>

### Art. 127<sup>233</sup> Decisione

L'assicuratore è tenuto a emanare entro 30 giorni le decisioni richieste secondo l'articolo 51 capoverso 2 LPGa.

### Art. 128 – 129<sup>234</sup>

<sup>230</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>231</sup> Abrogati dal n. I dell'O dell'11 set. 2002 (RU 2002 3908).

<sup>232</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>233</sup> Abrogato dal n. I dell'O del 22 nov. 2000 (RU 2000 2911). Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>234</sup> Abrogati dal n. I dell'O dell'11 set. 2002 (RU 2002 3908).

...<sup>235</sup>

**Art. 130** Spese di comunicazione e di pubblicazione dei dati<sup>236</sup>

<sup>1</sup> Nei casi di cui all'articolo 84a capoverso 5 della legge, è riscosso un emolumento se la comunicazione dei dati richiede numerose copie o altre riproduzioni o ricerche particolari. L'ammontare dell'emolumento corrisponde agli importi fissati negli articoli 14 e 16 dell'ordinanza del 10 settembre 1969<sup>237</sup> sulle tasse e spese nella procedura amministrativa.

<sup>2</sup> Per le pubblicazioni di cui all'articolo 84a capoverso 3 della legge è riscosso un emolumento a copertura delle spese.

<sup>3</sup> L'emolumento può essere ridotto o condonato in caso di indigenza dell'assoggettato o per altri gravi motivi.

## **Parte quinta: Disposizioni finali**

### **Titolo 1: Disposizioni transitorie**

**Art. 131** Lavoratori distaccati all'estero

L'articolo 4 si applica ai lavoratori distaccati all'estero e ai loro familiari che, all'entrata in vigore della legge, si trovano già all'estero e sono assicurati presso una cassa malati. Per queste persone, le durate stabilite nell'articolo 4 capoverso 3 decorrono dall'entrata in vigore della legge. La durata del distacco precedente l'entrata in vigore della legge può, a domanda della persona distaccata all'estero, essere computata nella durata biennale dell'obbligo d'assicurazione.

**Art. 132** Rapporti d'assicurazione esistenti

<sup>1</sup> Al più tardi sino al 31 dicembre 1996, le casse malati possono continuare i rapporti d'assicurazione, esistenti all'entrata in vigore della legge, con persone che non sono soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e che nemmeno possono esservi soggette a domanda. Questi rapporti d'assicurazione sono retti dal diritto previgente.

<sup>2</sup> Un nuovo rapporto d'assicurazione ai sensi del capoverso 1 può essere creato soltanto se esso permette una corrispondente continuazione della copertura assicurativa sino al 31 dicembre 1996, allora garantita da un assicuratore che ha rinunciato a esercitare l'assicurazione sociale malattie (art. 99 LAMal).

<sup>3</sup> Le casse malati possono offrire alle persone di cui ai capoversi 1 e 2 la continuazione dei rapporti d'assicurazione su base contrattuale oltre il 31 dicembre 1996. Il contratto può essere stipulato con la stessa cassa malati o con un altro assicuratore ai

<sup>235</sup> Abrogato dal n. I dell'O dell'11 set. 2002 (RU 2002 3908).

<sup>236</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 set. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 3908).

<sup>237</sup> RS 172.041.0

sensi dell'articolo 11 della legge. Il finanziamento delle prestazioni corrispondenti a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è retto dai principi dell'assicurazione sociale malattie. I rapporti d'assicurazione soggiacciono alla legge del 2 aprile 1908<sup>238</sup> sul contratto d'assicurazione.<sup>239</sup>

<sup>4</sup> Se una cura iniziata prima del 1° gennaio 1997 continua dopo questa data, la cassa malati deve mantenere il rapporto d'assicurazione sino alla fine della cura conformemente al diritto previgente.<sup>240</sup>

#### **Art. 133**<sup>241</sup>

#### **Art. 134** Fornitori di prestazioni

<sup>1</sup> I fornitori di prestazioni ai sensi degli articoli 44 a 54, che all'entrata in vigore della legge esercitano a carico dell'assicurazione malattie in virtù di un permesso secondo il previgente diritto, continuano ad essere autorizzati se lo sono, giusta il diritto cantonale, entro un anno a contare dall'entrata in vigore della legge.

<sup>2</sup> I logopedisti e i dietisti che, pur adempiendo solo in parte le condizioni d'autorizzazione della presente ordinanza, hanno conseguito la loro formazione ed esercitato a titolo indipendente prima dell'entrata in vigore della legge, possono esercitare a carico dell'assicurazione malattie secondo il nuovo diritto se autorizzati, giusta il diritto cantonale, entro quattro anni dall'entrata in vigore della legge.<sup>242</sup>

#### **Art. 135** Garanzia della qualità

Le convenzioni di cui all'articolo 77 capoverso 1 vanno stipulate entro il 31 dicembre 1997.

#### **Art. 136** Tariffe dei premi

Gli assicuratori che hanno inviato all'UFAS le tariffe dei premi per il 1996 dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, possono applicarle anche se la decisione d'approvazione è ancora sospesa.

### **Titolo 2: Entrata in vigore**

#### **Art. 137**

La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996.

<sup>238</sup> RS 221.229.1

<sup>239</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>240</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>241</sup> Abrogato dal n. I dell'O del 25 giu. 1997 (RU 1997 1639).

<sup>242</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

**Disposizione finale della modificazione del 17 settembre 1997<sup>243</sup>***Disposizione d'introduzione*

<sup>1</sup> Al più tardi a fine ottobre 1997, gli assicuratori devono informare ogni assicurato circa le nuove franchigie opzionali, le corrispettive riduzioni di premio e le modalità di cambiamento di franchigia (cpv. 2 e 3).

<sup>2</sup> Gli assicurati con franchigia opzionale possono scegliere una franchigia inferiore per il 1° gennaio 1998 mediante preavviso scritto dato all'assicuratore al più tardi a fine novembre 1997.

<sup>3</sup> Per gli assicurati con attuale franchigia opzionale di 300 franchi e che non scelgono un'altra franchigia viene applicata, dal 1° gennaio 1998, la nuova franchigia di 400 franchi.

*Disposizione transitoria*

Premi e partecipazioni ai costi scaduti prima del 1° gennaio 1996 e non pagati entro il 31 dicembre 1997 non comportano più alcuna sospensione delle prestazioni.

**Disposizioni finali della modificazione del 23 febbraio 2000<sup>244</sup>**

<sup>1</sup> Entro il 31 ottobre 2000, gli assicuratori devono informare per scritto ogni assicurato in merito ai nuovi tassi massimi di riduzione dei premi delle assicurazioni con franchigie opzionali come pure in merito alle modalità del cambiamento della franchigia (cpv. 2).

<sup>2</sup> Gli assicurati con franchigia opzionale possono scegliere una franchigia inferiore per il 1° gennaio 2001 oppure passare all'assicurazione ordinaria previa comunicazione scritta all'assicuratore entro il 30 novembre 2000.

<sup>3</sup> Se comporta nel 2001 un premio più alto rispetto a quello del 2000, il cambiamento di cui al capoverso 2 per l'assicurato con franchigia opzionale vale pure come aumento del premio ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 della legge, se l'assicuratore non aumenta i premi dell'assicurazione ordinaria nel luogo di domicilio della persona interessata.

**Disposizione finale della modificazione del 2 ottobre 2000<sup>245</sup>**

Per determinati gruppi di medicinali, l'UFAS può rinunciare durante cinque anni al massimo all'adeguamento dei prezzi alla struttura dei prezzi di cui all'articolo 67 oppure prevedere un adeguamento scaglionato.

243 RU 1997 2272

244 RU 2000 889

245 RU 2000 2835

**Disposizioni finali della modificazione del 22 maggio 2002<sup>246</sup>**

<sup>1</sup> Gli assicuratori che all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone<sup>247</sup> e dell'Accordo AELS<sup>248</sup> dispongono già di un'autorizzazione ad esercitare conformemente all'articolo 13 della legge devono offrire l'assicurazione sociale malattie alle persone tenute ad assicurarsi, residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.

<sup>2</sup> Gli assicuratori che desiderano ottenere un esonero giusta l'articolo 15a capoverso 1 a partire dall'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e dell'Accordo AELS devono inoltrare la loro richiesta all'UFAS al più tardi due mesi dopo l'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone o, rispettivamente, dell'Accordo AELS. L'esonero è valido a partire dall'entrata in vigore di detti Accordi.

<sup>3</sup> L'istituzione comune, in collaborazione con l'UFAS, con gli uffici preposti al pagamento delle rendite e con le competenti rappresentanze svizzere all'estero, informa i beneficiari di rendite residenti in uno Stato membro della Comunità europea in merito all'obbligo d'assicurazione al più tardi tre mesi dopo l'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone. Informa nello stesso modo, al più tardi tre mesi dopo l'entrata in vigore dell'Accordo AELS, i beneficiari di rendite residenti in Islanda o in Norvegia. Queste informazioni valgono parimenti per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. La Confederazione assume i costi esposti dagli uffici preposti al pagamento delle rendite e dall'istituzione comune.

<sup>4</sup> I Cantoni, in collaborazione con l'UFAS e con i datori di lavoro competenti, informano i frontalieri che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea in merito all'obbligo d'assicurazione al più tardi tre mesi dopo l'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone. Queste informazioni valgono parimenti per i familiari residenti in uno Stato membro della Comunità europea.

<sup>5</sup> Gli assicuratori che hanno sottoposto all'approvazione dell'UFAS le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera valide per gli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia, le possono applicare sino alla fine del primo anno civile successivo all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone o, rispettivamente, dell'Accordo AELS, anche se l'UFAS non ha ancora deciso in merito. L'UFAS informa gli assicuratori sulle modalità da seguire.

**Disposizioni finali della modificazione del 22 maggio 2002<sup>249</sup>**

Le procedure pendenti all'entrata in vigore della presente modifica sono rette dal nuovo diritto.

<sup>246</sup> RU 2002 1633

<sup>247</sup> RS 0.142.112.681

<sup>248</sup> RS 0.632.31

<sup>249</sup> RU 2002 2129

**Disposizione transitoria della modificazione del 6 giugno 2003<sup>250</sup>**

<sup>1</sup> Gli assicuratori con meno di 50 000 assicurati che non hanno ancora un contratto di riassicurazione devono adempiere l'obbligo di cui all'articolo 78 capoverso 5 entro il 1° gennaio 2006. Fino alla conclusione del contratto di assicurazione, essi rimangono assoggettati, per quanto concerne le riserve secondo l'articolo 78, alle disposizioni in vigore il 31 dicembre 2003.

<sup>2</sup> Gli assicuratori devono informare ogni persona assicurata sui nuovi importi massimi applicabili alle riduzioni dei premi per le assicurazioni con franchigie opzionali e sulle modalità di cambiamento di franchigia al più tardi con la notifica del nuovo premio per il 2004 ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 della legge.

<sup>250</sup> RU 2003 3249

*Allegato***Abrogazione e modifica di ordinanze****1. Sono abrogate:**

- a. l'ordinanza I del 22 dicembre 1964<sup>251</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente la contabilità e il controllo delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione riconosciute dalla Confederazione, come pure il calcolo dei sussidi federali;
- b. l'ordinanza II del 22 dicembre 1964<sup>252</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente l'assicurazione collettiva esercitata dalle casse malati riconosciute dalla Confederazione;
- c. l'ordinanza III del 15 gennaio 1965<sup>253</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente le prestazioni delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione riconosciute dalla Confederazione;
- d. l'ordinanza IV del 15 gennaio 1965<sup>254</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente il riconoscimento, per la medesima, dei certificati cantonali d'idoneità rilasciati ai chiropratici;
- e. l'ordinanza V del 2 febbraio 1965<sup>255</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente il riconoscimento delle casse malati e delle federazioni di riassicurazione come pure la loro sicurezza finanziaria;
- f. l'ordinanza VI dell'11 marzo 1966<sup>256</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente l'autorizzazione data al personale sanitario ausiliario di esercitare a carico dell'assicurazione contro le malattie;
- g. l'ordinanza VII del 29 marzo 1966<sup>257</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente l'autorizzazione data ai laboratori di eseguire analisi a carico dell'assicurazione contro le malattie;
- h. l'ordinanza VIII del 30 ottobre 1968<sup>258</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente la scelta dei medicinali e delle analisi;
- i. l'ordinanza del 22 novembre 1989<sup>259</sup> concernente l'esercizio di altri generi d'assicurazione da parte delle casse malati riconosciute.

251 [RU 1964 1329, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 art. 18]

252 [RU 1965 33, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

253 [RU 1965 45, 1968 43 n. V 1024, 1969 1149 n. II, 1974 978 n. II, 1983 38 art. 142, 1984 1485, 1986 85]

254 [RU 1965 60]

255 [RU 1965 93, 1969 81 n. II lett. B n.3 1241, 1970 1648, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 370 all. n. 18]

256 [RU 1966 515, 1971 1186]

257 [RU 1966 586]

258 [RU 1968 1282, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

259 [RU 1989 2430]

**2. L'ordinanza del 17 gennaio 1961<sup>260</sup> sull'assicurazione per l'invalidità è modificata come segue:**

*Art. 76 cpv. 1 lett. h*

...

*Art. 88<sup>ter</sup>*

...

*Art. 88<sup>quater</sup>*

...

*Art. 88<sup>quinquies</sup>*

...

**3. L'ordinanza del 15 gennaio 1971<sup>261</sup> sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è modificata come segue:**

*Art. 19*

...

**4. L'ordinanza del 20 dicembre 1982<sup>262</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni è modificata come segue:**

*Art. 18 cpv. 1*

...

*Art. 69*

...

*Art. 71 cpv. 2*

...

<sup>260</sup> RS **831.201**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>261</sup> RS **831.301**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>262</sup> RS **832.202**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

*Art. 90 cpv. 2 lett. c*

...

*Art. 104 cpv. 2 per. 2*

*Abrogato*

*Art. 129*

...

*Art. 142*

*Abrogato*

**5. L'ordinanza del 10 novembre 1993<sup>263</sup> sull'assicurazione militare è modificata come segue:**

*Art. 12*

...

*Art. 14 cpv. 2*

...

**6. L'ordinanza dell'8 settembre 1993<sup>264</sup> sull'assicurazione contro i danni è modificata come segue:**

*Art. 26 cpv. 2 lett. a*

...

**7. L'ordinanza dell'11 settembre 1931<sup>265</sup> sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati è modificata come segue:**

*Art. 53 cpv. 3*

...

<sup>263</sup> RS 833.11. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>264</sup> RS 961.711. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>265</sup> RS 961.05. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

*Art. 54 cpv. 2*

...

**8. Il regolamento dei funzionari 1 del 10 novembre 1959<sup>266</sup>  
è modificato come segue:**

*Art. 63*

*Abrogato*

**9. Il regolamento dei funzionari 2 del 15 marzo 1993<sup>267</sup>  
è modificato come segue:**

*Art. 78*

*Abrogato*

**10. Il regolamento degli impiegati del 10 novembre 1959<sup>268</sup>  
è modificato come segue:**

*Titolo precedente l'articolo 72*

...

*Art. 72 cpv. 6*

*Abrogato*

<sup>266</sup> [RU 1959 1141, 1962 285 1271, 1964 592, 1968 111 1700, 1971 74, 1973 133 320, 1974 1, 1976 2699, 1977 1413 n. I et II 2155, 1979 1287, 1982 938, 1984 394 1285, 1986 193 2091, 1987 941, 1988 7, 1989 8 1217, 1990 102 1736, 1991 1075 1078 1145 1380 1642, 1992 3, 1993 820 all. n. 1 1565 art. 13 cpv. 1 2812, 1994 2 269 364, 1995 3 3867 all. n. 8 5067, 1997 230 299, 1998 726, 2000 419 all. n. 1 2953.

RU 2001 2197 all. n. I 2].

<sup>267</sup> [RU 1993 1098, 1994 273, 1995 5 3867 all. n. 9 5079, 1997 232 301, 1998 728, 1999 2, 2000 947 2954, 2001 917 art. 3 cpv. 2. RU 2001 3292 art. 3]

<sup>268</sup> [RU 1959 1221, 1962 295 1276, 1968 133 1720, 1971 105, 1972 196, 1973 157, 1974 7, 1976 2713, 1977 1421, 1979 1290, 1982 49 945 1111, 1984 406 743, 1986 197 2097, 1987 974, 1988 31, 1989 30 1223 1498, 1990 105, 1991 1087 1090 1148 1397 1642, 1992 6, 1993 820 all. n. 2 1565 art. 13 cpv. 3 2819 2936, 1994 6 279 366, 1995 9 3867 all. n. 10 5099, 1997 237 305 804, 1998 732, 2000 457 all. 2958. RU 2001 2197 all. n. I 4]

