

# Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)

del 27 giugno 1995 (Stato 4 aprile 2000)

---

*Il Consiglio federale svizzero,*

visto l'articolo 96 della legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie (legge/LAMal),

*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>2</sup> (CC) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'articolo 3 della legge.

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

- a.<sup>3</sup> gli stranieri con permesso di dimora ai sensi dell'articolo 5 della legge federale del 26 marzo 1931<sup>4</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>5</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>6</sup> (legge 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.

RU 1995 3867

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> RS 210

<sup>3</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>4</sup> RS 142.20

<sup>5</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O dell'11 ago. 1999, in vigore dal 1° ott. 1999 (RU 1999 2403).

<sup>6</sup> RS 142.31

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

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

- a. gli agenti della Confederazione, in attività o in pensione, sottoposti all'assicurazione militare ai sensi dell'articolo 1 capoverso 1 lettera b numeri 1 a 7 e dell'articolo 2 della legge federale del 19 giugno 1992<sup>7</sup> sull'assicurazione militare (LAM);
- b. le persone che soggiornano in Svizzera al solo scopo di seguire un trattamento medico o una cura.

<sup>2</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto estero, 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>3</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone che beneficiano, nell'ambito dell'aiuto reciproco internazionale in materia di prestazioni d'assicurazione malattie, di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Alla domanda va acclusa una copia dell'attestato di diritto alle prestazioni, utilizzato nel campo dell'aiuto reciproco internazionale.

<sup>4</sup> A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone che soggiornano in Svizzera nell'ambito di programmi nazionali o internazionali intesi a favorire la mobilità, i collocamenti o gli scambi in tema di formazione o perfezionamento professionale, in particolare studenti, allievi, apprendisti, stagiaire come pure docenti e ricercatori, se il soggiorno non supera dodici mesi e l'organismo responsabile del programma provvede affinché durante l'intera durata di validità dell'esenzione siano almeno coperte le prestazioni secondo la LAMal per le cure in Svizzera. Se soddisfatte le altre condizioni, per le persone in formazione o perfezionamento professionale l'autorità cantonale competente può prolungare l'esenzione a domanda e per ulteriori tre anni al massimo. L'interessato o l'organismo responsabile del programma non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione.<sup>8</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>9</sup>

<sup>7</sup> **RS 833.1**

<sup>8</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

<sup>9</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

**Art. 3** Frontalieri

<sup>1</sup> A domanda, sono soggetti all'assicurazione svizzera i frontalieri esercitanti un'attività lucrativa in Svizzera come pure i loro familiari, purché questi non esercitino all'estero un'attività lucrativa che implica l'assoggettamento a un'assicurazione malattie obbligatoria.

<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 prorogazione 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;
- 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 svizzeri che eleggono domicilio in Svizzera dopo aver soggiornato all'estero come pure gli stranieri con permesso di dimora o di domicilio ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera a sono tenuti ad assicurarsi entro tre mesi dal giorno in cui si sono annunciati presso il competente ufficio di controllo degli abitanti. Se l'adesione all'assicurazione è tempestiva, l'assicurazione inizia dal giorno della notifica del suddetto annuncio.

<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>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) devono assicurarsi entro sei mesi dall'inizio della validità del permesso di frontaliero. Se si assicurano entro tre mesi a contare dal primo giorno di validità del permesso, l'assicurazione inizia da questo giorno. Se si assicurano più tardi, l'assicurazione inizia il giorno dell'affiliazione. L'assicurazione cessa con l'abbandono dell'attività lucrativa in Svizzera, la scadenza o la revoca del permesso di frontaliero, 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>10</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>11</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.

**Art. 7a<sup>12</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>13</sup> sul contratto 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>10</sup> RS 142.31

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

<sup>12</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1996 (RU 1996 3139).

<sup>13</sup> RS 221.229.1

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

#### **Art. 9** Mora dell'assicurato

<sup>1</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 contemplano la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi.

<sup>2</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 o le partecipazioni ai costi non siano stati interamente pagati. Se questi vengono pagati, l'assicuratore deve assumere i costi delle prestazioni fornite durante il periodo di sospensione.<sup>14</sup>

<sup>3</sup> Se l'assicurato in mora vuole cambiare assicuratore, l'attuale assicuratore può sciogliere il rapporto assicurativo solo se i premi o le partecipazioni ai costi sono stati interamente pagati.<sup>15</sup>

<sup>4</sup> Se la procedura esecutiva non può essere promossa contro un assicurato cui la legislazione svizzera in materia d'assistenza sociale non è applicabile, oppure se essa non sfocia nel pagamento dei premi o delle partecipazioni ai costi, l'assicuratore può sciogliere il rapporto assicurativo, previa diffida scritta e avvertenza sulle relative conseguenze.

### **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>2</sup> L'autorità cantonale competente decide delle domande di cui all'articolo 2 capoversi 3-5 e all'articolo 6 capoverso 3.<sup>16</sup>

### **Capitolo 2: Sospensione della copertura dell'infortunio**

#### **Art. 11**

<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>14</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>15</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>16</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<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>17</sup>), fondazione (art. 80 CC), società cooperativa (art. 828 del codice delle obbligazioni<sup>18</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;
- 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 as-

<sup>17</sup> RS 210

<sup>18</sup> RS 220

sicurazioni 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 un numero di assicurati compreso tra 5001 e 10 000. 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.

#### **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>19</sup> (LSA) sulla sorveglianza degli assicuratori, come pure i documenti di cui all'articolo 12 capoverso 2 lettere b-e.

<sup>19</sup> RS 961.01



<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.

## 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>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 Esecuzione di obblighi internazionali

<sup>1</sup> L'istituzione comune è incaricata dell'esecuzione dell'aiuto reciproco in materia di prestazioni nell'assicurazione malattie conformemente agli obblighi assunti dalla Svizzera in campo internazionale.

<sup>2</sup> I costi inerenti l'aiuto reciproco in materia di prestazioni sono assunti dagli assicuratori proporzionalmente al numero di persone che assicurano a titolo obbligatorio per le cure medico-sanitarie.

<sup>3</sup> La Confederazione assume gli interessi del prefinanziamento di prestazioni accordate a titolo dell'aiuto reciproco.

**Art. 19a<sup>20</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.

**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** Contenzioso

<sup>1</sup> Gli articoli 79 a 91 della legge sono applicabili per analogia in caso di contestazione tra l'istituzione comune e un assicurato o una persona titolare di diritti in virtù del diritto internazionale, come pure tra l'istituzione comune e un assicuratore o un fornitore di prestazioni.

<sup>2</sup> È fatto salvo l'articolo 15 dell'ordinanza del 12 aprile 1995<sup>21</sup> sulla compensazione dei rischi nell'assicurazione malattie.

## 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>20</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 28 set. 1998 (RU **1998** 2634).

<sup>21</sup> RS **832.112.1**

<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.

#### 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>22</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>23</sup>

<sup>1</sup> Le decisioni in materia di assicurazione sociale contro le malattie emesse dalle autorità cantonali di ricorso, dai tribunali cantonali delle assicurazioni (art. 86 LAMal) e dai tribunali arbitrali (art. 89 LAMal) devono essere comunicate all'UFAS.

<sup>2</sup> Contro queste decisioni l'UFAS può interporre ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni (art. 103 e 132 della legge federale sull'organizzazione giudiziaria<sup>24</sup>).

<sup>22</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago (RU **1998** 1818).

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

<sup>24</sup> RS **173.110**

### 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 4 della legge, i dati riscontrati nell'ambito della fatturazione delle prestazioni e dell'attività assicurativa.<sup>25</sup>

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

- a. verificare l'applicazione uniforme della legge;
- 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>26</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>27</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>28</sup>

<sup>25</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>26</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>27</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>28</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<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>29</sup>

#### **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>30</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.

<sup>29</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>30</sup> RS **431.012.1**

**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 obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

- a. entrate e uscite;
- b. risultato per assicurato;
- c. riserve;
- d. accantonamenti per casi d'assicurazione non liquidati;
- e. costi delle cure medico-sanitarie;
- f. compensazione dei rischi;
- g. costi amministrativi;
- h. effettivo degli assicurati;
- i. premi.

**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;
- 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.

#### **Art. 37** Frontalieri

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.

### **Capitolo 3:<sup>31</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;
- 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;

<sup>31</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 giu. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 1639).



- 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. uno rappresentante l'Ufficio federale della sanità pubblica;
- 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>32</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. uno rappresentante l'Ufficio federale della sanità pubblica.

#### **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>33</sup>;
- f. due rappresentanti gli assicurati;

<sup>32</sup> RS 832.20

<sup>33</sup> RS 832.20

- g. due rappresentanti l'industria farmaceutica;
- h. uno rappresentante l'Ufficio federale della sanità pubblica;
- i. uno rappresentante i Cantoni;
- k. uno rappresentante il competente organo svizzero di controllo;
- 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 18 membri, di cui:

- 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>34</sup>;
- g. due rappresentanti gli assicurati;
- h. uno rappresentante l'Ufficio federale della sanità pubblica;
- i. uno rappresentante l'industria degli apparecchi e dei prodotti diagnostici;
- k. uno rappresentante il competente organo svizzero di controllo.

**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 14 membri, di cui:

- 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-infortuni ai sensi della LAINF<sup>35</sup>;
- e. due rappresentanti gli assicurati;
- f. uno rappresentante l'Ufficio federale della sanità pubblica.

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

### **Capitolo 1: Autorizzazione**

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

##### **Art. 38** Perfezionamento

<sup>1</sup> I medici devono avere conseguito una formazione pratica biennale di perfezionamento, di cui almeno 6 mesi in istituti clinici di perfezionamento riconosciuti e almeno 6 mesi in attività ambulatoria.

<sup>2</sup> Il dipartimento designa l'organismo che riconosce gli istituti di perfezionamento e che provvede a garantire in merito prassi e qualità uniformi.

##### **Art. 39** Altri attestati scientifici

<sup>1</sup> I medici titolari d'un attestato scientifico, riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale previa consultazione dei Cantoni e delle associazioni professionali, sono parificati ai medici titolari del diploma federale.

<sup>2</sup> Il riconoscimento di attestati esteri può essere sottoposto alla condizione che lo Stato in cui l'attestato è stato rilasciato riconosca i diplomi federali.

#### **Sezione 2: Farmacisti**

##### **Art. 40** Perfezionamento

I farmacisti devono avere conseguito un perfezionamento pratico biennale in una farmacia.

##### **Art. 41** Altri attestati scientifici

<sup>1</sup> I farmacisti titolari di un attestato scientifico, riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale previa consultazione dei Cantoni e delle associazioni professionali, sono parificati ai farmacisti titolari del diploma federale.

<sup>2</sup> Il riconoscimento di attestati esteri può essere sottoposto alla condizione che lo Stato in cui l'attestato è stato rilasciato riconosca i diplomi federali.

<sup>35</sup> RS 832.20

### 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 Altri attestati scientifici

<sup>1</sup> I dentisti titolari di un attestato scientifico, riconosciuto equipollente dalla competente autorità federale previa consultazione dei Cantoni e delle associazioni professionali, sono parificati ai dentisti titolari del diploma federale.

<sup>2</sup> Il riconoscimento di attestati esteri può essere sottoposto alla condizione che lo Stato in cui l'attestato è stato rilasciato riconosca i diplomi federali.

### Sezione 4: Chiropratici

#### Art. 44

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

- a. il conseguimento degli esami intercantionali 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>36</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 pras-

si 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.

## **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>37</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.

<sup>37</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1996 (RU 1996 3139).

**Art. 48** Ergoterapisti

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

- a. <sup>38</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 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),

<sup>38</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago (RU **1998** 1818).

5. psicologia (psicologia dello sviluppo, psicologia clinica, psicopedagogia, comprese la psicologia dell'apprendimento e la psicologia sociale),
  6. diritto (legislazione sociale);
- b.<sup>39</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 medico diretto da uno specialista, coadiuvato da un logopedista che soddisfa le condizioni d'autorizzazione stabilite nella presente ordinanza.

#### Art. 50<sup>a40</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>41</sup> hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti;
- c.<sup>42</sup> dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività;
- d.<sup>43</sup> dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività;

<sup>39</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

<sup>40</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

<sup>41</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>42</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>43</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).



- e.<sup>44</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>45</sup> hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti;
- c.<sup>46</sup> dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività;
- d.<sup>47</sup> dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività;
- e.<sup>48</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.

<sup>44</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>45</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>46</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>47</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>48</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

**Art. 54** Condizioni d'autorizzazione

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

- a. il laboratorio del gabinetto medico e il laboratorio d'ospedale, per le analisi che, giusta l'articolo 62 capoverso 1 lettera a, sono eseguite nell'ambito delle cure di base;
- b. l'officina del farmacista e il laboratorio d'ospedale, per le analisi eseguite nell'ambito delle cure di base (art. 62 cpv. 1 lett. a) su prescrizione di un altro fornitore di prestazioni.

<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.

**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.

## 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.

## Capitolo 3: Tariffe e prezzi<sup>49 50</sup>

### Sezione 1:<sup>51</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>52</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>53</sup> Elenco delle analisi

#### Art. 60 Pubblicazione

L'elenco delle analisi (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 1 LAMal) è diffuso di regola ogni semestre. 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>54</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;
- b. possono essere prescritte dai chiropratici conformemente all'articolo 25 capoverso 2 lettera b della legge;

<sup>49</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>50</sup> RU **1997** 2440

<sup>51</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 17 set. 1997 (RU **1997** 2272).

<sup>52</sup> RS **832.112.31**

<sup>53</sup> Originaria sezione 1.

<sup>54</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

- 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>55</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: Elenco delle specialità<sup>56</sup>**

#### **Art. 64** Pubblicazione

L'elenco delle specialità (art. 52 cpv. 1 lett. b LAMal) è diffuso di regola ogni semestre.

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

<sup>1</sup> Una specialità farmaceutica può essere ammessa nell'elenco delle specialità se ne è documentata la registrazione da parte del competente organo svizzero di controllo.

<sup>2</sup> I medicinali devono essere efficaci, idonei ed economici.

<sup>3</sup> Il dipartimento può stabilire prescrizioni di dettaglio riguardo i criteri applicabili in materia di valutazione dell'efficacia. La valutazione dell'efficacia delle specialità allopatiche deve poggiare in ogni caso su studi clinici controllati.

<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 costituisce un progresso terapeutico.

<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> Le specialità farmaceutiche pubblicamente reclamizzate non sono ammesse nell'elenco delle specialità.

<sup>55</sup> Originaria sezione 2.

<sup>56</sup> Originaria sezione 3.

<sup>7</sup> Quindici anni dopo l'ammissione nell'elenco delle specialità, l'UFAS esamina se le condizioni d'ammissione sono ancora adempiute.

#### **Art. 66** Definizioni

<sup>1</sup> Sono considerati preparati originali i medicinali risultanti da ricerche del fabbricante e la cui sostanza attiva o forma galenica sono state per prime ammesse con una protezione fondata sul diritto della proprietà intellettuale.

<sup>2</sup> Sono considerati generici i medicinali che, quanto alla loro sostanza attiva, la loro forma galenica e il loro dosaggio, imitano un preparato originale registrato presso l'organo svizzero di controllo.

#### **Art. 67** Prezzi

<sup>1</sup> L'elenco delle specialità indica i prezzi determinanti per la consegna da parte del farmacista o del medico dispensatore. I prezzi devono essere stabiliti in modo da garantire un approvvigionamento di alta qualità e appropriato dal profilo sanitario, a costi il più possibile vantaggiosi. Per la valutazione dei prezzi è pure considerata la formazione dei prezzi all'estero.

<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>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>57</sup>

<sup>4</sup> Sino al 31 dicembre 2001 le convenzioni tariffali tra assicuratori e farmacisti che prevedono il sistema del terzo pagante possono derogare nell'ambito di progetti pilota alla regola di cui al capoverso 1 e sottoporre a un sistema tariffale le prestazioni del farmacista. Le parti alla convenzione valutano questi progetti pilota.<sup>58</sup>

#### **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. non sono stati pagati tempestivamente gli emolumenti e le tasse previsti nell'articolo 71.

<sup>57</sup> Per. introdotto dal n. I dell'O del 28 set. 1998 (RU 1998 2634).

<sup>58</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<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** Domande

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

<sup>2</sup> Per ogni modifica d'una specialità farmaceutica iscritta 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 della registrazione del competente organo svizzero di controllo dev'essere allegato alla domanda.

<sup>3</sup> I documenti allegati alla domanda d'ammissione devono comprovare che tutte le condizioni d'ammissione sono adempiute.

#### **Art. 70** Ammissione senza domanda

L'UFAS può ammettere o mantenere nell'elenco delle specialità un medicamento che è stato registrato dal competente organo svizzero di controllo e che rivela una grande importanza terapeutica, anche se il fabbricante o l'importatore non ne ha domandata l'iscrizione o ne ha chiesta 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:**

#### **Disposizioni comuni per l'Elenco delle analisi, l'Elenco dei medicinali con tariffa e l'Elenco delle specialità<sup>59</sup>**

#### **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;

<sup>59</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).

- b. le altre modifiche dell'elenco delle specialità che hanno effetto all'infuori delle edizioni semestrali;
- c. le modifiche dell'elenco dei medicinali con tariffa che non comportano una nuova edizione di questo elenco;
- d. le modifiche dell'elenco delle analisi che hanno effetto all'infuori delle edizioni semestrali.

#### **Art. 73** Limitazioni

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

#### **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 orga-



nizzazioni. 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 e di una riserva di fluttuazione.

<sup>2</sup> Scopo della riserva di sicurezza è di garantire la sicurezza finanziaria dell'assicurazione ove i costi effettivi rivelassero l'insufficienza dei premi preventivati.

<sup>3</sup> La riserva di fluttuazione serve a contenere le fluttuazioni dei costi.

<sup>4</sup> La riserva (riserve di sicurezza e di fluttuazione) 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 %	Riserva di fluttua- zione %	Riserva minima %	
	sino a	100	70	112	182
da 101	a	500	46	50	96
da 501	a	1 000	38	35	73
da 1 001	a	2 500	30	22	52
da 2 501	a	5 000	26	16	42
da 5 001	a	10 000	23	11	34
da 10 001	a	50 000	19	5	24
da 50 001	a	250 000	15	5	20
	più di	250 000	15	0	15 <sup>60</sup>

<sup>60</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

<sup>5</sup> Se un assicuratore ha riassicurato prestazioni, la riserva minima secondo il capoverso 4 può essere diminuita nella proporzione determinata dall'UFAS. La riserva minima deve tuttavia corrispondere almeno al 20 per cento dei premi dovuti. Gli assicuratori con meno di 10 000 assicurati devono riassicurarsi.

#### **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.

### **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>61</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>62</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>63</sup> sulle banche e le casse di risparmio;
- b.<sup>64</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>65</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 me-

<sup>61</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>62</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>63</sup> **RS 952.0**

<sup>64</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

<sup>65</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 23 feb. 2000, in vigore dal 1° apr. 2000 (RU **2000** 889).

desima 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.

### 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>66</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 d'esercizio e il rapporto di gestione relativi all'anno contabile precedente. La risoluzione d'approvazione dei conti da parte dell'organo competente dell'assicuratore può essere trasmessa ulteriormente, ma non oltre il 31 luglio.

<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.

**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>67</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,

<sup>67</sup> RS 220

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>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 31 luglio dell'anno seguente e i rapporti sulle revisioni intermedie entro tre mesi dalle corrispettive effettuazioni.

<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.

## 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 Riscossione dei premi

Di regola i premi devono essere pagati mensilmente.

#### 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, la differenza tra il grado di premio più elevato e quello più basso non deve superare il 50 per cento all'interno di uno stesso Cantone.

<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>68</sup> Riduzione dei premi per assoggettamento a un'altra assicurazione

<sup>1</sup> Gli assicuratori possono ridurre i premi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie delle persone soggette all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi nell'arco dei rapporti e delle attività cui si estende questa assicurazione (art. 1 LAM<sup>69</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 legge federale del 20 marzo 1981<sup>70</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La riduzione può al massimo corrispondere alla copertura degli infortuni.

<sup>68</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>69</sup> RS 833.1

<sup>70</sup> RS 832.20

**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>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 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>71</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>71</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 d'assicurazione, come pure il cambiamento dell'assicuratore, è possibile al più presto un anno dopo l'adesione all'assicurazione con franchigie opzionali, per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge.<sup>72</sup>

<sup>3</sup> Se l'assicurato deve cambiare assicuratore secondo l'articolo 7 capoverso 3 o 4 della legge, l'articolo 103 capoverso 4 si applica per analogia.

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

- a. dell'8 per cento se la franchigia è di 400 franchi per gli assicurati adulti;
- b. del 15 per cento se la franchigia è di 600 franchi per gli assicurati adulti e di 150 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni;
- c. del 30 per cento se la franchigia è di 1200 franchi per gli assicurati adulti e di 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni;
- d. del 40 per cento se la franchigia è di 1500 franchi per gli assicurati adulti e di 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni.<sup>73</sup>

<sup>3</sup> I tassi di riduzione dei premi dell'assicurazione con franchigie opzionali devono, per uno stesso assicuratore, toccare la stessa percentuale.<sup>74</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 riferi-

<sup>72</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1996** 3139).

<sup>73</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).

<sup>74</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2272).



mento 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> L'assicurato può passare ad un'altra forma d'assicurazione o cambiare assicuratore al più presto cinque anni dopo l'adesione all'assicurazione con bonus, per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti all'articolo 7 capoversi 1 e 2 della legge.<sup>75</sup>

<sup>3</sup> Se l'assicurato è costretto a cambiare assicuratore ai sensi dell'articolo 7 capoverso 3 o 4 della legge, 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 ottenuto alcuna prestazione nell'assicurazione con bonus del precedente assicuratore.

**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>75</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<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>76</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 da un'assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni ad un'altra forma d'assicurazione è possibile solo per l'inizio di un anno civile. È fatto salvo l'articolo 7 capoversi 3 e 4 della legge.

**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.

<sup>76</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

### 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 230 franchi per anno civile.<sup>77</sup>

<sup>2</sup> L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 capoverso 2 lettera b della legge ammonta a 600 franchi per gli assicurati adulti e a 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni.

<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.

#### 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.

<sup>77</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 giu. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2435).

**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>4</sup> Sentita la competente commissione, il dipartimento emana le disposizioni di cui ai capoversi 1 e 3.

**Capitolo 4: Riduzione dei premi mediante sussidi dell'ente pubblico****Art. 106**

Il Consiglio federale regola in un'ordinanza speciale il versamento dei sussidi ai Cantoni (art. 66 LAMal).

**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.

**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 vevoli 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>78</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>79</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>80</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni.

###### **Art. 111** Notifica dell'infortunio

Gli assicurati devono notificare senza indugio al loro assicuratore-malattie gli infortuni non notificati ad un assicuratore-infortuni o all'assicurazione militare. 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.

##### **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>81</sup> o all'assicurazione militare, l'assicuratore-malattie deve, a domanda dell'assicuratore-infortuni, dell'assicurazione militare o dell'assicurato, anticipare le prestazioni che assicura. Può anche assumerle spontaneamente, a piena tutela della ripetizione.

<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

<sup>78</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 15 giu. 1998, in vigore dal 1° ago (RU **1998** 1818).

<sup>79</sup> RS **832.20**

<sup>80</sup> RS **832.202**

<sup>81</sup> RS **832.20**

di pagamento per i costi della cura medico-sanitaria finché sia stabilita l'assicurazione che assume il caso.

**Art. 114**      Obbligo d'informare

L'assicuratore-malattie che anticipa le prestazioni deve avvertire l'assicurato circa il computo delle sue prestazioni in quelle dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione militare o dell'assicurazione per l'invalidità, ove il caso venga assunto ulteriormente da una di queste assicurazioni.

**Art. 115**      Susseguente assunzione delle prestazioni anticipate

<sup>1</sup> Se un caso per il quale l'assicuratore-malattie ha anticipato le prestazioni è definitivamente assunto dall'assicurazione contro gli infortuni o dall'assicurazione militare, quest'ultime, nei limiti dei loro obblighi legali, rimborsano all'assicuratore-malattie le prestazioni anticipate.

<sup>2</sup> L'assicurazione per l'invalidità, quando assume un caso per il quale l'assicuratore-malattie ha pagato prestazioni per cure medico-sanitarie, gliene rimborsa se ne ha conoscenza alla liquidazione del caso.

**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 valevoli per le altre assicurazioni, i fornitori di prestazioni devono restituirgli la differenza.

### **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 valevoli per l'assicuratore tenuto al rimborso, i fornitori di prestazioni devono versargli la differenza.

**Sezione 4:****Obbligo reciproco di fornire indicazioni e diritto di ricorso degli assicuratori****Art. 120** Obbligo reciproco di fornire indicazioni

Gli assicuratori-malattie e gli organi competenti delle altre assicurazioni sociali si forniscono reciprocamente e gratuitamente, a domanda scritta e motivata per singolo caso, le indicazioni e i documenti necessari per determinare, modificare o ripetere le prestazioni, impedire esazioni ingiustificate ed esercitare il regresso verso terzi responsabili. Gli assicurati interessati ne devono essere informati.

**Art. 121** Diritto di ricorso degli assicuratori

<sup>1</sup> Se un assicuratore-malattie o un altro assicuratore sociale emana una decisione concernente l'obbligo di prestare dell'altro assicuratore, questa decisione dev'essere parimenti notificata a quest'altro assicuratore. L'altro assicuratore dispone dello stesso rimedio giuridico dell'assicurato.

<sup>2</sup> Se un altro assicuratore sociale fa opposizione o ricorre contro una decisione, l'opposizione va notificata all'assicurato dall'assicuratore che ha reso la decisione e il ricorso notificato all'assicurato dall'autorità di ricorso affinché possa determinarsi in merito. L'assicurato può intervenire come parte. Le sentenze emesse esplicano i loro effetti giuridici anche nei suoi riguardi.

## Capitolo 2: Sovrindennizzo

### Art. 122

<sup>1</sup> Le prestazioni dell'assicurazione malattie o la loro concomitanza con quelle di altre assicurazioni sociali non devono comportare un sovrindennizzo dell'assicurato. Per il calcolo del sovrindennizzo, sono considerate solo prestazioni di uguale natura e scopo, versate all'assicurato in relazione al caso di assicurazione.

<sup>2</sup> Vi è sovrindennizzo nella misura in cui, per lo stesso danno alla salute, le corrispettive prestazioni delle assicurazioni sociali superano 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 che ne derivano per l'assicurato;
- c. la perdita presumibile di guadagno dell'assicurato dovuta al caso di assicurazione o il corrispettivo per la prestazione lavorativa che non ha potuto svolgere.

<sup>3</sup> In caso di sovrindennizzo, le prestazioni dell'assicurazione malattie sono ridotte dell'importo del sovrindennizzo.

<sup>4</sup> Se una persona è assicurata presso più assicuratori-malattie per l'indennità giornaliera ai sensi degli articoli 67 a 77 della legge e se le prestazioni devono essere ridotte giusta i capoversi 1 a 3, ognuno di questi assicuratori deve prestare nella proporzione esistente tra l'indennità giornaliera che assicura e l'importo totale delle indennità giornaliere assicurate.

## Titolo 2: Surrogazione

### Art. 123 Entità

<sup>1</sup> L'assicuratore è surrogato nei diritti dell'assicurato soltanto nella misura in cui le sue prestazioni, aggiunte al risarcimento dovuto dal terzo per lo stesso periodo, superano l'entità del danno corrispondente.

<sup>2</sup> Tuttavia, se l'assicuratore ha ridotto le proprie prestazioni perché il caso di assicurazione è stato cagionato intenzionalmente, l'assicuratore è surrogato nei diritti dell'assicurato nella misura in cui le sue prestazioni non ridotte, aggiunte al risarcimento dovuto dal terzo per lo stesso periodo, superano l'entità del danno corrispondente.

<sup>3</sup> I diritti non surrogati restano acquisiti per l'assicurato. Se soltanto una parte del risarcimento dovuto dal terzo può essere recuperata, l'assicurato ha un diritto preferenziale su questa parte.

### Art. 124 Classificazione dei diritti

<sup>1</sup> L'assicuratore è surrogato nei singoli diritti per ogni categoria di prestazioni di uguale natura.



<sup>2</sup> Sono segnatamente prestazioni di uguale natura:

- a. la remunerazione dei costi diagnostici e terapeutici, dovuta dall'assicuratore o dal terzo;
- b. i costi dei provvedimenti sanitari a carico dell'assicuratore o del terzo;
- c. i costi di degenza in ospedale o in istituto semiospedaliero a carico dell'assicuratore o del terzo;
- d. l'indennità giornaliera e il corrispettivo per l'incapacità lavorativa durante lo stesso periodo.

**Art. 125** Pluralità d'interessati

Uno o più assicuratori-malattie, partecipanti tra di loro o unitamente ad altri assicuratori sociali all'azione di regresso, sono creditori in solido e sono tenuti a compensare reciprocamente le prestazioni che devono effettuare.

**Art. 126** Differenti tariffe

Il terzo responsabile deve, nei limiti del proprio obbligo d'indennizzo, versare al fornitore di prestazioni l'eventuale differenza tra la tariffa valevole per lui e quella applicata dall'assicuratore-malattie.

## **Parte quarta: Esame degli atti e obbligo del segreto**

### **Titolo 1: Esame degli atti**

**Art. 127** Legittimazione

Sono legittimati ad esaminare gli atti, nei limiti dell'articolo 81 della legge:

- a. l'assicurato e i suoi rappresentanti autorizzati per legge o per procura;
- b. i tribunali delle assicurazioni sociali;
- c. le altre assicurazioni sociali interessate, per i documenti di cui necessitano nei limiti dell'articolo 120.

**Art. 128** Diritto d'accesso dell'assicurato

Il diritto d'accesso dell'assicurato è retto dagli articoli 8 e 9 della legge federale del 19 giugno 1992<sup>82</sup> sulla protezione dei dati.

**Art. 129** Esame degli atti da parte di terzi

<sup>1</sup> Gli atti possono essere esaminati soltanto per una singola fattispecie e a domanda scritta e motivata.

<sup>2</sup> Di regola, gli atti devono essere esaminati alla sede dell'assicuratore e della rappresentanza regionale che tratta il caso. Essi vanno trasmessi ai tribunali delle assicurazioni sociali per consentirne loro l'esame.

<sup>3</sup> L'esame degli atti può essere limitato se intralcia notevolmente l'accertamento dei fatti o la disamina medica.

<sup>4</sup> Di regola, l'esame degli atti è gratuito. In casi motivati, può essere addossata un'equa partecipazione alle spese ai sensi dell'articolo 2 dell'ordinanza del 14 giugno 1993<sup>83</sup> relativa alla legge federale sulla protezione dei dati.

## **Titolo 2: Obbligo del segreto**

### **Art. 130**      Eccezioni

<sup>1</sup> Fatta salva la tutela d'importanti interessi privati, l'obbligo del segreto è tolto, per una singola fattispecie e a domanda motivata, riguardo:

- a. le persone o istituzioni legittimate a esaminare gli atti conformemente all'articolo 127;
- b. i tribunali penali e le autorità istruttorie penali, se necessitano degli atti per accertare un crimine o un delitto;
- c. gli assicuratori sociali come pure i servizi della Confederazione, dei Cantoni e dei Comuni per quanto le informazioni e i documenti siano loro necessari per pronunciarsi sulle domande di prestazioni assicurative o sociali oppure per esercitare un diritto legale di regresso;
- d. le autorità federali e cantonali delle contribuzioni, per le informazioni che devono essere fornite secondo l'articolo 88 della legge federale del 14 dicembre 1990<sup>84</sup> sull'imposta federale diretta;
- e. ...<sup>85</sup>

<sup>1bis</sup> L'obbligo del segreto dell'assicuratore è tolto riguardo le autorità d'assistenza o altre autorità cantonali competenti in materia d'inadempienze nei pagamenti da parte dell'assicurato se quest'ultimo, benché diffidato, non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti.<sup>86</sup>

<sup>2</sup> Sono pure svincolate dall'obbligo del segreto altre persone o servizi, se l'interessato o il suo rappresentante legale ha consentito per scritto.

<sup>83</sup> RS 235.11

<sup>84</sup> RS 642.11

<sup>85</sup> Abrogata dal n. I dell'O del 17 set. 1997 (RU 1997 2272).

<sup>86</sup> Introdotta dal n. I dell'O del 17 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU 1997 2272).

**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 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>87</sup> sul contratto d'assicurazione.<sup>88</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>89</sup>

**Art. 133**<sup>90</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>87</sup> RS 221.229.1

<sup>88</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>89</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>90</sup> Abrogato dal n. I dell'O del 25 giu. 1997 (RU 1997 1639).

<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>91</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.

### **Disposizione finale della modificazione del 17 settembre 1997<sup>92</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.

<sup>91</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 25 nov. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU 1996 3139).

<sup>92</sup> RU 1997 2272

**Disposizione finale della modificazione del 23 feb. 2000<sup>93</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.

<sup>93</sup> RU 2000 889

*Allegato*

## Abrogazione e modifica di ordinanze

### 1. Sono abrogate:

- a. l'ordinanza I del 22 dicembre 1964<sup>94</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>95</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>96</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>97</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>98</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>99</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>100</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>101</sup> sull'assicurazione contro le malattie concernente la scelta dei medicinali e delle analisi;
- i. l'ordinanza del 22 novembre 1989<sup>102</sup> concernente l'esercizio di altri generi d'assicurazione da parte delle casse malati riconosciute.

<sup>94</sup> [RU 1964 1329, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 art. 18]

<sup>95</sup> [RU 1965 33, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

<sup>96</sup> [RU 1965 45, 1968 43 n. V 1024, 1969 1149 n. II, 1974 978 n. II, 1983 38 art. 142, 1984 1485, 1986 85]

<sup>97</sup> [RU 1965 60]

<sup>98</sup> [RU 1965 93, 1969 81 n. II lett. B n.3 1241, 1970 1648, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039; RS 172.068 all. n. 18]

<sup>99</sup> [RU 1966 515, 1971 1186]

<sup>100</sup> [RU 1966 586]

<sup>101</sup> [RU 1968 1282, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

<sup>102</sup> [RU 1989 2430]

2. L'ordinanza del 17 gennaio 1961<sup>103</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>104</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>105</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni è modificata come segue:

*Art. 18 cpv. 1*

...

*Art. 69*

...

*Art. 71 cpv. 2*

...

*Art. 90 cpv. 2 lett. c*

...

*Art. 104 cpv. 2 per. 2*

*Abrogato*

<sup>103</sup> RS **831.201**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>104</sup> RS **831.301**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>105</sup> RS **832.202**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

*Art. 129*

...

*Art. 142*

*Abrogato*

5. L'ordinanza del 10 novembre 1993<sup>106</sup> sull'assicurazione militare è modificata come segue:

*Art. 12*

...

*Art. 14 cpv. 2*

...

6. L'ordinanza dell'8 settembre 1993<sup>107</sup> sull'assicurazione contro i danni è modificata come segue:

*Art. 26 cpv. 2 lett. a*

...

7. L'ordinanza dell'11 settembre 1931<sup>108</sup> sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati è modificata come segue:

*Art. 53 cpv. 3*

...

*Art. 54 cpv. 2*

...

8. Il regolamento dei funzionari 1 del 10 novembre 1959<sup>109</sup> è modificato come segue:

*Art. 63*

*Abrogato*

<sup>106</sup> RS **833.11**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>107</sup> RS **961.711**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>108</sup> RS **961.05**. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

<sup>109</sup> RS **172.221.101**



9. Il regolamento dei funzionari 2 del 15 marzo 1993<sup>110</sup> è modificato come segue:

*Art. 78*

*Abrogato*

10. Il regolamento degli impiegati del 10 novembre 1959<sup>111</sup> è modificato come segue:

*Titolo precedente l'articolo 72*

...

*Art. 72 cpv. 6*

*Abrogato*

<sup>110</sup> RS 172.221.102.1

<sup>111</sup> RS 172.221.104. Le modificazioni citate qui appresso, sono inserite nell'O menzionata.

