

Votazione popolare del 4 dicembre 1994

Spiegazioni del Consiglio federale

Su che cosa si vota ?

Assicurazione malattie (legge)

Con la nuova legge federale sull'assicurazione malattie, Consiglio federale e Parlamento vogliono mettere in vigore provvedimenti efficaci per lottare contro l'esplosione dei costi della salute e ristabilire la solidarietà nell'assicurazione malattie. Contro la legge è stato chiesto il referendum.

Spiegazioni p. 2-8
Testo in votazione p. 21-57

Assicurazione malattie (iniziativa)

L'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie» si prefigge gli stessi obiettivi della legge. Essa propone tuttavia una riforma troppo incisiva del nostro sistema di casse malati e un modo di finanziamento discutibile. Per questi motivi, Consiglio federale e Parlamento raccomandano di respingerla.

Spiegazioni p. 2, 9-13
Testo in votazione p. 10

Misure coercitive in materia di diritto degli stranieri

Per continuare la nostra politica umanitaria e liberale in materia di asilo e di stranieri, dobbiamo lottare efficacemente contro gli abusi. Con misure di diverso tipo, la legge federale concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri persegue questo scopo. Contro di essa è stato chiesto il referendum.

Spiegazioni p. 14-20
Testo in votazione p. 58-63



Primo e secondo oggetto:

Legge sull'assicurazione malattie e iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie»

Due oggetti – un tema

Il 4 dicembre 1994 voteremo su due oggetti molto importanti per il futuro disciplinamento dell'assicurazione malattie in Svizzera. Si tratta

- della nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal), contro la quale è stato promosso il referendum, e
- dell'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie».

La prima domanda sulla quale bisognerà votare è la seguente:

Volete accettare la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie?

La legge è stata approvata dal Consiglio nazionale con 124 voti contro 38 e dal Consiglio degli Stati con 35 voti contro uno.

La seconda domanda in votazione ha il seguente tenore:

Volete accettare l'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie»?

L'iniziativa è stata respinta con 104 voti contro 42 dal Consiglio nazionale e con 41 voti contro 2 dal Consiglio degli Stati.

Scenari del dopo votazione

Sulla legge e sull'iniziativa si vota separatamente. Che cosa succederà, a seconda dell'esito della votazione?

Sì alla legge, no all'iniziativa: è la soluzione auspicata da Consiglio federale e Parlamento. La nuova legge può entrare in vigore, probabilmente il 1° gennaio 1996.

Sì alla legge e sì all'iniziativa: anche in questo caso la legge entra in vigore nel 1996 come previsto. Tuttavia, l'iniziativa costituzionale renderà necessaria una nuova revisione della legge.

No alla legge e sì all'iniziativa: le richieste dell'iniziativa dovranno essere concretizzate in una legge, contro cui potrà essere promosso il referendum. Fino alla sua entrata in vigore, continuerà a fare stato la vecchia legge, ormai insoddisfacente.

No alla legge e no all'iniziativa: rimane in vigore la vecchia e superata legge.

Primo oggetto:

Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) L'essenziale in breve

Una nuova legge subito

I costi del nostro sistema medico-sanitario aumentano in modo incontrollato. Per un numero sempre crescente di cittadini, i premi costituiscono un onere insopportabile. La solidarietà tra giovani ed anziani, tra sani ed ammalati, è sempre meno attuata. La legge attuale non permette più di risolvere questi problemi.

Provvedimenti urgenti

Per far fronte rapidamente alla situazione, Consiglio federale e Parlamento hanno deciso provvedimenti d'urgenza, che il Popolo ha approvato nel 1993 a larga maggioranza. Le misure urgenti hanno dato buoni risultati. Sono però limitate nel tempo e devono essere sostituite da una legge federale sull'assicurazione malattie che sia innovativa e moderna.

Cure di alta qualità a costi sopportabili

La nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) garantisce un'assistenza medica di ottima qualità e finanziariamente sopportabile grazie a queste misure:

- Sarà possibile passare da una cassa malati all'altra senza esserne penalizzati: non vi saranno più riserve d'assicurazione e premi più elevati in ragione dell'età.

- Saranno colmate le lacune nell'assicurazione base: le casse malati assumeranno per esempio i costi dell'assistenza medica a domicilio (Spitex) e in istituti di cura.
- Sarà possibile contenere l'esplosione dei costi della salute: misure mirate e un'autentica concorrenza tra casse malati, medici e ospedali contribuiranno a contenere i costi della salute.
- Sarà ristabilita la solidarietà: invece di sussidiare le casse malati, Confederazione e Cantoni ridurranno i premi per chi ne ha veramente bisogno.

Perché il referendum?

Quattro comitati hanno domandato il referendum contro la legge. Pretendono che l'assicurazione malattie diverrebbe troppo cara, la LAMal imporrebbe un sistema di stampo statalista, la qualità dell'assistenza medico-sanitaria diminuirebbe e la medicina alternativa sarebbe discriminata.

Considerazioni del Consiglio federale e del Parlamento

Consiglio federale e Parlamento ritengono che non vi siano alternative di immediata attuazione alla vecchia legge del 1911. La nuova legge permette di tenere conto in modo equilibrato degli interessi di tutti e di eliminare le attuali disfunzioni. L'assicurazione malattie poggierà su basi più sane ed eque.

Che cosa apporta la nuova legge?

La nuova legge introduce in particolare le innovazioni seguenti:

Libera scelta della cassa malati

Tutti possono cambiare cassa malati in ogni momento senza esserne penalizzati.

Assicurazione base completa

La legge colma lacune nell'assicurazione base, che dovevano finora essere coperte da assicurazioni complementari private, a spese degli interessati, oppure dall'assistenza pubblica.

L'assicurazione malattie:

- assumerà la maggior parte dei costi della cura medica a domicilio (Spitex);
- assumerà senza limiti di tempo i costi delle degenze in ospedale;
- finanzierà misure preventive mirate;
- assumerà i costi della medicina alternativa (p. es. omeopatia e agopuntura), se ne è provata l'efficacia;
- assicurerà contro gli infortuni anche le persone senza attività lucrativa (p. es. pensionati, casalinghe e bambini).

Freno ai costi grazie alla libera concorrenza

La nuova legge permette per la prima volta un'autentica concorrenza tra le casse malati e tra i fornitori di prestazioni (medici e ospedali). L'aumento dei costi ne risulterà rallentato.

Obbligo di assicurarsi

L'assicurazione base sarà obbligatoria per tutti. È questo il presupposto per numerosi miglioramenti, come ad esempio la possibilità di scegliere liberamente la cassa malati.

Pari opportunità per ognuno

Tutti gli adulti pagano alla cassa gli stessi premi, indipendentemente dall'età e dallo stato di salute.

Parità della donna

Le donne non sono più discriminate. Non pagano più premi maggiorati rispetto a quelli degli uomini. Le prestazioni di maternità vengono migliorate.

Riduzione dei premi per chi ne ha bisogno

Grazie a maggiori contributi federali e cantonali, è possibile ridurre i premi assicurativi di singole persone e famiglie, secondo il loro bisogno. Viene eliminato l'attuale sistema di sussidi ad annaffiatoio, del quale profittavano tutti gli assicurati indipendentemente dal loro reddito.

Argomenti dei comitati di referendum

Contro la nuova legge sull'assicurazione malattie, diversi comitati hanno domandato il referendum. Le loro motivazioni sono le seguenti:

«NO al massiccio aumento dei premi e ad una medicina di Stato

Un immediato aumento dei premi per la maggioranza della popolazione, assicurazioni aggiuntive molto costose e un incremento delle tasse per potere finanziare le sovvenzioni promesse: ecco gli effetti negativi della revisione della legge sull'assicurazione malattia. È chiaro che in tal modo la LAMal non risolverà il problema dei costi nel settore sanitario svizzero, ma, al contrario, li aggraverà ulteriormente. Il parere divergente dei tecnici sull'entità dei costi aggiuntivi da attendersi è un indice inequivocabile.

*Chi dovrà assumersi l'onere di ca. 3 miliardi di franchi per finanziare la riduzione dei premi a favore di quel terzo della popolazione che vive, secondo i sostenitori, in condizioni economiche modeste? Non possiamo permetterci di addossare questi costi supplementari al bilancio dello Stato. **Sotto dettame dello Stato la LAMal consoliderà un ordine rigido che si manterrà per decenni** impedendo soluzioni moderne. Essa è, inoltre, priva di provvedimenti strutturali incisivi che limitino i costi, come è priva di quegli incentivi all'ottimizzazione urgentemente necessari per medici e ospedali, per consumatori e casse malati.*

*L'esercizio della professione medica, marcatamente liberale, **viene ristretto notevolmente con un conseguente calo qualitativo dell'assistenza** medica e ritardi nel trattamento medico. Il previsto catalogo delle prestazioni obbligatorie sulle assicurazioni di base definito dallo Stato, la limitazione parziale della libera scelta del medico e del segreto professionale dei medici come pure l'obbligatorietà assicurativa aumentano ulteriormente l'apparato burocratico. L'eliminazione della concorrenza fra le casse malati impedirà il necessario orientamento sul mercato.*

*Nell'assicurazione di base la revisione della LAMal toglie a medici e pazienti la possibilità di valutare l'affidabilità dei metodi terapeutici trasferendola ad organismi statali. **I metodi terapeutici naturali della medicina complementare subiranno un'ulteriore discriminazione.** Il diritto costituzionale alla libera scelta della terapia va perso. Nonostante l'83% della popolazione le desideri, suddette forme terapeutiche con effetti collaterali minimi e poco costose dovranno essere finanziate tramite nuove e costose assicurazioni aggiuntive, mentre assicurazioni individuali verranno proibite.*

In ultima analisi, l'insieme di questi elementi negativi contenuti nella LAMal comporterà costi aggiuntivi che si aggireranno sui miliardi. Non possiamo permettercelo e nessuno può assumersene la responsabilità. Un NO alla legge spiana la strada a soluzioni migliori.»

Parere del Consiglio federale

La legge sull'assicurazione contro le malattie del 1911 non risponde più alle esigenze odierne. Essa comporta una crescita dei premi assicurativi tale da superare ormai le possibilità finanziarie di un numero sempre maggiore di cittadini del nostro Paese. Consiglio federale e Parlamento propongono quindi una revisione totale della legge. Il Consiglio federale appoggia la nuova legge per le seguenti ragioni:

L'acuirsi dei problemi impone una revisione totale

La vecchia legge ha raggiunto i suoi obiettivi offrendo a tutta la popolazione una buona previdenza medico-sanitaria. Essa ha però fatto il suo tempo e deve essere urgentemente riveduta. Due revisioni sono state bocciate in votazione popolare nel 1974 e nel 1987. L'inasprimento dei problemi ha indotto Consiglio federale e Parlamento ad adottare, avvalendosi della clausola d'urgenza, provvedimenti urgenti accettati a grande maggioranza dal popolo nel 1993. Si tratta ora di sostituire questi provvedimenti d'urgenza con la nuova e moderna legge sull'assicurazione malattie.

Condizioni uguali per tutti

In base alla nuova legge tutti gli adulti affiliati alla stessa cassa malati pagheranno, per l'assicurazione base, gli stessi premi indipendentemente dall'età e dal sesso: verranno così eliminate le attuali ingiustizie. La vecchia legge ha generato un sistema che favorisce i membri giovani e sani delle casse malati, mentre

penalizza quelli anziani e malati. Questa desolidarizzazione non si addice al nostro Paese e non può quindi più essere tollerata, contrariamente a quanto auspicano certi comitati di referendum. I giovani assicurati di oggi potranno più tardi, quando saranno a loro volta anziani e probabilmente malati, contare anch'essi sulla solidarietà altrui.

Libera scelta della cassa malati

Grazie all'introduzione dell'obbligatorietà, gli assicurati di tutta la Svizzera potranno scegliere liberamente la propria cassa malati indipendentemente dall'età e dal sesso. Questo provvedimento è già stato adottato da sette Cantoni (BS, FR, GE, GR, NE, TI e VD). Nessuna cassa dovrà in futuro potersi limitare ai cosiddetti «buoni rischi». Verranno tolte restrizioni come il limite massimo dell'età d'ammissione, la differenziazione dei premi a dipendenza dell'età e le riserve d'assicurazione. Allo scopo di armonizzare almeno in parte le strutture, oggi assai diverse, dell'effettivo degli assicurati delle varie casse malati, la legge prevede la compensazione dei rischi per un periodo transitorio di dieci anni, consentendo così una concorrenza cor-

retta fra le stesse casse. Il libero passaggio integrale indurrà le casse a prestare maggior attenzione ai costi. Il risparmio sui costi sarà infatti l'unico mezzo a loro disposizione per apparire più convenienti rispetto alla concorrenza.

Riduzioni mirate dei premi

Anche in futuro l'ente pubblico dovrà intervenire a sostegno della sanità. Con la nuova legge si prevede che i contributi della Confederazione e dei Cantoni siano gradualmente aumentati tenendo conto delle condizioni dei Cantoni e degli assicurati. Accogliendo l'introduzione dell'imposta sul valore aggiunto, Popolo e Cantoni hanno messo a disposizione 500 milioni di franchi annui supplementari. Questo aiuto non sarà più distribuito in maniera indifferenziata, ma servirà a ridurre in modo mirato i premi delle persone e delle famiglie con reddito modesto. L'esecuzione è affidata ai Cantoni.

Contenimento dei costi

Diversi provvedimenti previsti dalla nuova legge contribuiranno a contenere i costi. Questo obiettivo potrà essere raggiunto grazie soprattutto ad un'accresciuta concorrenza fra casse malati, medici e ospedali, che verrà incentivata ad esempio dall'esplicito divieto di accordi cartellistici. Inoltre gli assicurati potranno ridurre di propria iniziativa i loro

premi dell'assicurazione base, ad esempio facendo appello al proprio senso di responsabilità e partecipando in maniera maggiore ai costi. Essi potranno anche aderire a proposte assicurative alternative come le Casse della salute (HMO). Presso queste Casse, il premio è più conveniente ma viene limitata la libertà di scegliere il medico, che negli altri casi rimane ovviamente garantita. Contrariamente a quanto sostengono i comitati di referendum la nuova legge non aggrava assolutamente il problema dei costi, ma al contrario permette di contenerli.

Colmare le lacune dell'assicurazione

La nuova legge colma lacune da tempo riconosciute e criticate dell'assicurazione base. Molte prestazioni possono essere attualmente coperte solo ricorrendo a costose assicurazioni complementari private. Uno dei pregi più evidenti della nuova legge consiste nel garantire a tutti e a condizioni sopportabili l'accesso a una previdenza medico-sanitaria che offra prestazioni complete e di ottima qualità. Grazie all'offerta standardizzata di prestazioni nell'assicurazione base sarà possibile fare un vero e proprio confronto dei premi, in base al quale gli assicurati potranno scegliere la cassa malati più conveniente per loro.

Che cosa ne sarà dell'agopuntura e dell'omeopatia?

La nuova legge non esclude dalle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria i metodi della medicina alternativa (come l'agopuntura, l'omeopatia, ecc.). Contrariamente alle affermazioni dei comitati di referendum, vengono trattati alla stessa

stregua della medicina ufficiale offrendo loro uguali opportunità. Rispetto a quanto prevede il diritto in vigore, un metodo terapeutico non dovrà più ottenere un riconoscimento scientifico da parte della medicina ufficiale: basterà la prova della sua efficacia. Nel caso dell'agopuntura e dell'omeopatia ad esempio sarà possibile accedere alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria.

Per questi motivi, Consiglio federale e Parlamento raccomandano di accettare la nuova legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

Secondo oggetto:

Iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie»

L'essenziale in breve

Iniziativa popolare del PSS e dell'USS

Oltre alla legge sull'assicurazione malattie, il 4 dicembre prossimo si voterà anche sull'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie» proposta dal Partito socialista svizzero e dall'Unione sindacale svizzera. Forte di 103575 firme valide, l'iniziativa venne inoltrata nel 1986 prima ancora che fossero avviati i lavori per l'elaborazione della nuova legge.

Che cosa vuole l'iniziativa?

L'iniziativa mira a cambiare radicalmente il nostro sistema d'assicurazione malattie allo scopo di promuovere maggiormente la solidarietà. Essa va ben oltre quanto proposto dalla nuova legge, chiedendo l'obbligatorietà non soltanto per l'assicurazione della cura medica, ma anche per quella dell'indennità di malattia. Al posto di premi individuali verrebbero prelevati contributi in funzione della capacità economica degli assicurati. In pratica, verrebbe

introdotto un sistema simile a quello dell'AVS. Il contributo – per metà a carico del lavoratore dipendente e per l'altra metà a carico del datore di lavoro – dovrebbe oscillare fra il 3,6 e il 4 per cento del reddito determinante. Confederazione e Cantoni dovrebbero assumersi almeno il 25 per cento dei costi dell'assicurazione malattie (la stima per il 1996 è di 4,5 miliardi di franchi).

Considerazioni di Consiglio federale e Parlamento

Consiglio federale e Parlamento respingono l'iniziativa. Questa modificherebbe radicalmente le nostre sperimentate strutture limitando sensibilmente le competenze dei Cantoni e il diritto di autodeterminazione degli assicurati. Il previsto sistema di finanziamento graverebbe ulteriormente l'economia svizzera. Consiglio federale e Parlamento ritengono che la nuova legge sia preferibile. Oltre ad entrare più rapidamente in vigore, essa rispetta maggiormente il federalismo del nostro sistema delle assicurazioni sociali.

Testo in votazione

Decreto federale sull'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie»

del 18 dicembre 1992

Art. 1

¹ L'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie» del 17 marzo 1986 è sottoposta al voto del popolo e dei Cantoni.

² L'iniziativa ha il tenore seguente:

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 34^{bis}

¹ La Confederazione istituisce, in via legislativa, l'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Ne affida l'esecuzione ad istituzioni che esercitino l'assicurazione secondo il principio della mutualità.

1. L'assicurazione contro gli infortuni è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti. La Confederazione può dichiararla obbligatoria per altre categorie della popolazione.
2. L'assicurazione della cura medica e dei medicamenti è obbligatoria per tutta la popolazione. Essa copre, senza limiti di durata, le spese di trattamento in caso di malattia e, se non sono già assicurate altrimenti per legge, quelle in caso d'infortunio; vi sono incluse le cure a domicilio e misure di prevenzione.

L'assicurazione è finanziata con:

- a. contributi degli assicurati, secondo la loro capacità economica; per le persone esercitanti un'attività lavorativa è tenuto conto, per il calcolo del contributo, dell'intero reddito lavorativo; se si tratta di lavoratori dipendenti, almeno la metà del contributo è a carico dei rispettivi datori di lavoro. I fanciulli non pagano contributi;
 - b. un contributo della Confederazione pari almeno a un quarto delle uscite; la legge disciplina la partecipazione dei Cantoni al contributo federale.
La legge può prevedere che gli assicurati partecipino alle spese da loro causate, con un quinto al massimo del loro contributo per anno; per le misure di prevenzione non può essere riscossa alcuna partecipazione.
3. L'assicurazione dell'indennità di malattia è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti. Essa versa, in caso di perdita di guadagno dovuta a malattia, un'indennità giornaliera pari almeno all'80 per cento del salario assicurato.

L'assicurazione è finanziata con contributi in per cento del salario assicurato, per almeno la metà a carico dei datori di lavoro.

La Confederazione provvede affinché le persone non assicurate per legge possano aderire all'assicurazione dell'indennità giornaliera per prestazioni in caso di malattia o infortunio.

² La libertà terapeutica è garantita nei limiti dell'economicità. Confederazione e Cantoni provvedono per un impiego economico dei mezzi finanziari dell'assicurazione. A tal fine, emanano prescrizioni in materia di tariffe e conteggi e stabiliscono pianificazioni ospedaliere vincolanti.

Art. 2

L'Assemblea federale raccomanda al popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Argomenti del comitato di iniziativa

Il comitato motiva la sua iniziativa popolare con le seguenti argomentazioni:

«Nel corso degli ultimi anni i premi delle casse malati in Svizzera sono sensibilmente aumentati. Più dell'80 per cento degli Svizzeri li trovano attualmente eccessivi. Una situazione insostenibile venutasi a creare per due ragioni in particolare:

1. L'ingiusto sistema dei premi: in Europa la Svizzera è l'unico Paese in cui una milionaria non deve pagare un solo centesimo in più per la sua assicurazione base rispetto a una commessa o a un pensionato! Attualmente in Svizzera vale il principio secondo il quale più il reddito è basso tanto maggiore è il premio da pagare in proporzione al reddito. Il bilancio di un impiegato di commercio viene così gravato dieci volte di più rispetto a quello di un direttore di banca.

2. L'incremento dei costi nel settore sanitario: l'iniziativa per una sana assicurazione malattie e la revisione della legge sull'assicurazione malattie permetteranno di controllarlo meglio.

Ripartire meglio l'onere dei premi - un sistema facile ed equo come per l'AVS!

Con il sistema dell'AVS, l'onere finanziario è più o meno equo per tutti gli assicurati perché calcolato in rapporto al reddito. È un sistema che ha dato ottimi risultati. L'iniziativa per una sana assicurazione malattie chiede pertanto che anche per quanto riguarda l'assicurazione malattie ogni assicurato paghi premi proporzionati alle proprie condizioni economiche. Solo così l'ingiusto sistema dei premi potrà essere finalmente corretto.

Prendendo l'esempio di una famiglia di condizioni medie, si riesce facilmente a dimostrare che con il sistema AVS i premi assicurativi da versare alla cassa malati diminuirebbero per la maggioranza degli svizzeri:

Infatti, una famiglia con un reddito mensile di appena 5000 franchi paga attualmente, pur se esistono notevoli differenze da un Cantone all'altro, un premio mensile di circa 500 franchi. Se l'iniziativa popolare fosse accettata, il premio mensile di questa famiglia scenderebbe a 150 franchi.

L'iniziativa allevia notevolmente l'onere dei premi assicurativi per i medi e bassi redditi, che sono poi quelli della grande maggioranza della popolazione. Come per l'AVS, l'iniziativa chiama a contribuire a questo ribasso dei premi anche i datori di lavoro.

Reddito garantito in caso di malattia

L'annosa richiesta del pagamento del salario in caso di malattia continua a rimanere lettera morta: l'assicurazione per perdita di guadagno continua a fondarsi su basi private e sul principio della libera scelta. In questo modo numerosi lavoratori non godono di alcuna protezione in caso di malattia e rimangono senza mezzi non appena il datore di lavoro non versa più il salario. L'iniziativa prevede un'assicurazione obbligatoria che garantisce a tutti i lavoratori l'80 per cento del salario in caso di malattia. L'assicurazione dovrà essere pagata in parti uguali dai dipendenti e dai datori di lavoro.

La salute deve tornare ad essere economicamente sostenibile: 2 x Sì.»

Parere del Consiglio federale

L'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie» persegue gli stessi obiettivi della nuova legge sull'assicurazione malattie proposta dal Consiglio federale e dal Parlamento. L'iniziativa comporta però cambiamenti sostanziali del nostro sistema federalistico di casse malati e propone una forma di finanziamento problematica. Il Consiglio federale respinge l'iniziativa in particolare per i motivi seguenti:

Abbandono del sistema attuale

Sull'esempio dell'AVS, l'iniziativa chiede che gli assicurati debbano versare contributi commisurati al loro reddito. La solidarietà nell'assicurazione malattie ne risulterebbe chiaramente rafforzata, ma l'attuale struttura decentralizzata e federalistica delle nostre casse malati e del nostro sistema medico-sanitario ne sarebbe radicalmente trasformata. La nuova legge sull'assicurazione malattie dimostra che si possono raggiungere gli stessi obiettivi anche senza sconvolgere la struttura attuale.

Una centralizzazione indesiderata

L'introduzione di un tasso di contributo uguale per tutti, sull'esempio dell'AVS, metterebbe fine all'indipendenza finanziaria delle casse malati, il cui ruolo sarebbe ridotto a quello di semplici esecutrici. Esse avrebbero poche possibilità di agire liberamente e perderebbero qualsiasi incentivo ad agire in modo concorrenziale. Il sistema medico-sanitario svizzero si centralizzerebbe e l'indi-

pendenza dei Cantoni verrebbe considerevolmente limitata. È una conseguenza che, per motivi di equilibrio politico, Consiglio federale e Parlamento intendono evitare.

Freno alle spese tutt'altro che sicuro

L'iniziativa chiede che Confederazione e Cantoni aumentino sensibilmente i loro contributi all'assicurazione malattie (almeno il 25 per cento delle uscite). È vero che questo automatismo assicurerebbe un afflusso costante di mezzi e diminuirebbe la pressione esercitata dal continuo aumento dei costi. D'altra parte però casse malati, Cantoni e assicurati non sarebbero più stimolati a tenere le spese sotto controllo. I Cantoni non avrebbero più competenze finanziarie in materia e sarebbero poco motivati a mantenere i costi al livello più basso possibile. Agli assicurati sarebbe lasciato poco margine di manovra e di scelta. Il loro senso di responsabilità potrebbe indebolirsi poiché non vi sarebbe più un legame diretto tra premi e prestazioni.

Un nuovo onere per l'economia svizzera

Il sistema di finanziamento proposto dall'iniziativa costringe in pratica a introdurre percentuali di contributo da prelevare sullo stipendio. All'economia sarebbe accollato un nuovo considerevole onere in un periodo già difficile. La piazza economica svizzera diverrebbe più costosa e la sua competitività internazionale si indebolirebbe. Anche per questo motivo il Consiglio federale tiene a mantenere la situazione attuale in cui i contributi AVS sono prelevati in percentuale sullo stipendio, mentre l'assicurazione malattie è finanziata con altri mezzi.

Scarsa flessibilità

Con l'iniziativa, molti dettagli sarebbero regolati a livello costituzionale. La rigidità che ne deriva renderà complicato operare in futuro i necessari adeguamenti. L'attuale articolo costituzionale permette in pratica qualsiasi assetto dell'assicurazione malattie, anche quello proposto dall'iniziativa. La nuova legge sull'assicurazione malattie offre una soluzione rapidamente realizzabile a livello legislativo. Se l'iniziativa fosse accolta, bisognerebbe dapprima elaborare una legge e raccogliere intorno ad essa il necessario consenso.

Per tutti questi motivi, Consiglio federale e Parlamento raccomandano di respingere l'iniziativa «per una sana assicurazione malattie».

Terzo oggetto:

Misure coercitive in materia di diritto degli stranieri

La domanda che figura sulla scheda è la seguente:

Volete accettare la legge federale del 18 marzo 1994 concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri?

Il Consiglio nazionale ha approvato la legge con 111 voti contro 51, il Consiglio degli Stati con 37 voti contro 2.

L'essenziale in breve

Mantener viva la nostra tradizione umanitaria

Fa parte della tradizione umanitaria svizzera comportarsi in modo generoso nei confronti di coloro che hanno bisogno d'aiuto. La nostra legislazione in materia d'asilo e di stranieri lo dimostra. Lo scorso anno 18000 persone hanno ottenuto asilo, l'ammissione provvisoria o un permesso di soggiorno prolungato. Lo Stato non deve tuttavia tollerare che si abusino del nostro diritto d'ospitalità. Se una domanda d'asilo o di soggiorno è stata respinta, l'interessato deve accettare la decisione. Solo in questo modo potremo mantenere la nostra politica umanitaria.

Combattere efficacemente gli abusi

Purtroppo taluni stranieri cercano di sottrarsi all'allontanamento o all'espulsione passando alla clandestinità o celando la loro identità. Altri abusano del soggiorno per commettere reati, gettando discredito anche sulla stragrande maggioranza degli stranieri rispettosi delle nostre leggi.

Misure necessarie

Le misure coercitive in materia di diritto degli stranieri decise dal Consiglio federale e dal Parlamento dovrebbero consentire di combattere questi abusi. Chi non può rimanere in Svizzera (persone la cui domanda d'asilo è stata respinta o che soggiornano da noi ille-

galmente) deve lasciare il nostro Paese. Per garantire che lo facciano, le persone in questione possono, a determinate condizioni, essere incarcerate a titolo preliminare o in vista dello sfratto. Ogni misura deve essere esaminata da un'istanza giudiziaria. I Cantoni possono inoltre obbligare persone senza diritto di soggiorno ad abbandonare un dato territorio o vietarne loro l'accesso (ad esempio alla «scena aperta» della droga).

Perché il referendum?

Il comitato che ha proposto il referendum ritiene che le misure coercitive costituiscano un'ingerenza sproporzionata nei diritti fondamentali elementari e che ledano la nostra Costituzione. Secondo il comitato, le misure in questione criminalizzano gli stranieri e non offrono nemmeno soluzioni nella lotta contro il commercio di stupefacenti.

Considerazioni del Consiglio federale e del Parlamento

Consiglio federale e Parlamento ritengono che la legge sia necessaria e urgente. Essa è l'unico mezzo per far fronte agli abusi in materia di diritto d'asilo e degli stranieri. Le misure sono conformi alla Costituzione federale e ai nostri obblighi internazionali, in particolare alle esigenze poste dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU).

Che cosa apporta la legge?

La legge federale concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri prevede in particolare i seguenti provvedimenti:

Carcerazione preliminare: In determinati casi, può essere ordinata la carcerazione preliminare dello straniero (al massimo per tre mesi), in attesa che venga presa una decisione in merito al suo diritto di soggiorno. La carcerazione preliminare è possibile ad esempio quando lo straniero:

- nella procedura d'asilo o d'allontanamento si rifiuta di dichiarare la propria identità,
- non dà seguito, ripetutamente e senza sufficienti motivi, agli ordini ufficiali di comparizione,
- ha esposto a serio pericolo la vita e la salute altrui e per questa ragione è perseguito penalmente.

Carcerazione in vista di sfratto: La carcerazione in vista di sfratto, sinora limitata a un massimo di trenta giorni, è prolungata a tre mesi. A determinate condizioni può essere prolungata di ulteriori sei mesi se l'allontanamento dalla Svizzera non può avvenire entro il termine impartito. Questa forma di carcerazione può ad esempio essere ordinata quando:

- lo straniero si trova già in carcere a titolo preliminare,
- indizi concreti fanno temere che la persona in questione intenda sottrarsi all'allontanamento poiché passa alla clandestinità o non collabora nella ricerca dei documenti di viaggio e di legittimazione.

Limitazione della libertà di movimento: Gli stranieri sprovvisti di permesso di dimora o di domicilio, se disturbano o mettono in pericolo la sicurezza e l'ordine pubblico, possono essere obbligati a non abbandonare o a non accedere a un dato territorio.

Una limitazione di questo tipo può ad esempio essere ordinata nei confronti di una persona:

- sospettata di aver commesso un reato o
- che viola in modo grave regole del vivere comune.

Perquisizione di persone e di alloggi: Questa misura può essere imposta per mettere al sicuro i documenti di viaggio e di legittimazione o per arrestare persone che sono passate alla clandestinità. La perquisizione di un alloggio è possibile solo su ordine dell'autorità giudiziaria.

Protezione giuridica: È garantita una procedura conforme allo Stato di diritto. Ogni carcerazione deve essere esaminata entro quattro giorni da un'istanza giudiziaria. È addirittura prevista un'udienza davanti al giudice. Dopo un mese, la persona incarcerata può chiedere di essere rilasciata. Dopo un altro mese (in caso di carcerazione preliminare) o dopo due mesi (in caso di carcerazione in vista di sfratto) può essere richiesto un nuovo esame da parte dell'autorità giudiziaria. Gli interessati possono ricorrere presso un'autorità giudiziaria anche contro le altre limitazioni della libertà di movimento.

Soppressione dell'internamento: L'internamento di stranieri, attualmente possibile per un massimo di due anni, è abrogato.

Argomenti del comitato di referendum

Il comitato di referendum fonda la sua opposizione sui seguenti argomenti:

«Noi respingiamo la legge concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri, poiché si tratta di una legge *ingiusta, anticostituzionale e contraria alle Convenzioni internazionali sui diritti dell'uomo.*

– Si tratta di una legge **fondamentalmente discriminatoria** perché punisce con eccessiva durezza solo gli stranieri privi di permesso di soggiorno. Bolla tutti gli stranieri privi di permesso di domicilio quali criminali.

– Essa è altresì **discriminatoria** perché tratta i richiedenti l'asilo come persone prive di diritti, che possono essere senz'altro respinte e incarcerate per garantire l'esecuzione dell'allontanamento.

– Essa è **pericolosa per le libertà fondamentali**, perché permette a un funzionario di incarcerare uno straniero, perfino un giovane di 15 anni che magari non ha commesso alcun reato, sulla scorta di un semplice sospetto.

– Essa è inoltre **pericolosa** perché permette alle autorità di polizia di perquisire appartamenti e perfino chiese alla ricerca di stranieri privi di regolare permesso di soggiorno, di arrestarli e di espellerli.

– Essa è **ingiusta** perché ricorre a mezzi sproporzionati per affrontare un problema relativamente semplice, mettendo a repentaglio la libertà di movimento di centinaia di migliaia di persone con il pretesto di colpire qualche centinaio di trafficanti di stupefacenti.

Non si spara ai passeri col cannone!

La nostra Costituzione garantisce le libertà fondamentali a ogni persona, senza distinzione di nazionalità, origine, colore della pelle, sesso o religione. Questa Costituzione vale per tutti, non solo per i cittadini, vale anche per i deputati che non hanno alcuna facoltà di limitare la tutela dei diritti fondamentali sanciti dalla stessa. Invece, è proprio questo che il Parlamento ha fatto votando le misure coercitive.

Il popolo svizzero ha dimostrato più di una volta che non intende rinunciare ai valori fondamentali della nostra Costituzione. Esso ha respinto con successo tutte le iniziative xenofobe. Non ha mai acconsentito a che siano lesi i diritti minimi degli stranieri garantiti dalla Costituzione e dalle Convenzioni internazionali.

NO alla legge più discriminatoria e più pericolosa per le libertà mai votata in Svizzera.»

Parere del Consiglio federale

Solo se riusciamo a combattere in modo efficace gli evidenti abusi che si verificano nell'applicazione della legislazione in materia d'asilo e di stranieri e ad eseguire in modo coerente le decisioni d'allontanamento possiamo mantenere viva la nostra tradizione umanitaria e portare avanti la nostra attuale politica volta a proteggere le persone perseguitate. Con la nuova legge, la Svizzera dispone di un mezzo efficace per lottare contro gli evidenti abusi commessi in nome del nostro diritto d'ospitalità. Il Consiglio federale sostiene la legge in particolare per i seguenti motivi:

Obblighi reciproci

Chi cerca protezione in Svizzera può pretendere che le autorità esaminino accuratamente la sua situazione. Questo diritto è garantito dalla nostra legislazione in materia d'asilo e di stranieri. Da parte sua, chi si pone sotto la tutela della Svizzera è tenuto a non ostacolare la procedura prevista dal nostro ordinamento giuridico e ad accettare le decisioni prese. Non si può estorcere il diritto di rimanere nel nostro Paese.

Combattere gli abusi

Capita tuttavia con sempre maggiore frequenza che l'esito negativo del procedimento che li interessa induca stranieri a passare alla clandestinità o a celare la propria identità per sottrarsi al rimpatrio. Vi sono poi stranieri che abusano del soggiorno in Svizzera anche a fini di narcotraffico. La legge federale concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri intende porre freno a questi evidenti abusi, non da ultimo nell'interesse di tutti gli stranieri

rispettosi delle nostre leggi. Le misure coercitive riguardano solo le persone senza permesso di soggiorno alle quali sono imputabili abusi. La legge non si applica agli stagionali, ai dimoranti e ai domiciliati.

La carcerazione preliminare è necessaria

A determinate condizioni, gli stranieri possono essere incarcerati per tre mesi fintanto che non è stata presa una decisione in merito al loro permesso di soggiorno. Le persone che si comportano in modo abusivo sono passibili della stessa misura. La carcerazione preliminare è necessaria ed è diretta contro gli atti tendenti a rendere impossibile una regolare procedura d'allontanamento, ad esempio nel caso in cui uno straniero rifiuti di cooperare conformemente alla legge, non dichiari la propria identità o non osservi la condizione impostagli di non abbandonare o di non accedere a un dato territorio.

Carcerazione prolungata in vista di sfratto

Chi si oppone all'espulsione o all'allontanamento può già attualmente essere incarcerato in vista di sfratto per una durata sino a trenta giorni. In molti casi questo termine è tuttavia troppo breve, soprattutto quando l'interessato si rifiuta di cooperare nella procedura. Il termine viene dunque prolungato a tre mesi, durante i quali sarà possibile accertare l'identità senza ombra di dubbio, organizzare il viaggio e procurarsi i documenti necessari prendendo contatto con il Paese d'origine. In casi particolarmente difficili, la carcerazione può essere prolungata di sei mesi.

Mettere al sicuro i documenti di viaggio e di legittimazione

La legge consente inoltre di perquisire gli stranieri e gli oggetti che essi portano con sé durante una procedura d'espulsione e d'allontanamento. Con questo provvedimento si intende mettere al sicuro i documenti di viaggio e di legittimazione indispensabili per il rimpatrio. In caso di rifiuto del permesso di soggiorno, si può procedere alla perquisizione di locali nei quali si sospetta si nasconda una persona che deve essere allontanata. Anche questa innovazione ha lo scopo di garantire lo svolgimento regolare della nostra procedura conforme ai principi dello Stato di diritto.

Contributo alla lotta contro la criminalità

È sicuramente sbagliato attribuire la colpa della criminalità in Svizzera, in particolare nell'ambito della droga, ai soli stranieri. La stragrande maggioranza di essi non ha niente a che vedere con questo problema e si comporta correttamente. Accade sempre più sovente che, sotto le mentite spoglie di perseguitati politici e con la copertura della procedura d'asilo, determinate persone siano attive ad esempio nel mondo della tossicodipendenza. A queste e ad altre persone sprovviste di permesso di soggiorno si potrà vietare, a certe condizioni, di abbandonare o di accedere a un determinato territorio. Le misure coercitive non risolvono il problema della droga, ma forniscono un importante strumento di lotta contro il narcotraffico.

Rispetto dei principi dello Stato di diritto

Tutte le misure sono assolutamente compatibili con la Costituzione federale e con il diritto internazionale. Le critiche del comitato di referendum sono quindi infondate. La Costituzione federale ammette un trattamento differenziato degli stranieri che non hanno il diritto di rimanere in Svizzera. Anche la Convenzione europea dei diritti dell'uomo non è violata in alcun modo. La nuova legge

contiene addirittura alcune garanzie non richieste dalla Convenzione, come ad esempio l'obbligo di esaminare la carcerazione in un dibattimento. L'internamento, possibile secondo la legge attuale, sarà abbandonato poiché discutibile dal profilo giuridico.

Protezione giuridica appropriata

Le misure previste sono accompagnate da una protezione giuridica adeguata. Ad esempio, ogni carcerazione è esaminata da un'istanza giudiziaria. In tal modo ci si tutela dall'arbitrarietà e si garantisce che i provvedimenti siano applicati in modo adeguato e accorto. Se l'allontanamento non è possibile giuridicamente, poiché l'interessato sarebbe in pericolo nel suo Paese d'origine, la carcerazione preliminare o in vista di sfratto viene interrotta immediatamente.

No a provvedimenti più restrittivi

Il Consiglio federale intende fermamente proseguire la propria politica d'asilo umanitaria volta a tutelare le persone perseguitate. Si limita dunque a prendere in considerazione misure adeguate e ineccepibili nell'ottica dello Stato di diritto. Si è sempre attenuto a questa convinzione, lottando in modo coerente contro proposte in contrasto con le norme riconosciute del diritto umanitario internazionale. È stato ad esempio chiesto di espellere sui due piedi i richiedenti l'asilo entrati in Svizzera illegalmente, come pure di internarli in caso di semplice sospetto di reato, oppure di stabilire quote di richiedenti l'asilo ed escludere dalla procedura i richiedenti l'asilo passibili di pena. A queste misure, indegne di uno Stato di diritto, il Consiglio federale si opporrà anche in futuro.

Per i motivi sopraindicati, Consiglio federale e Parlamento raccomandano di accettare la nuova legge federale concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri.

Testo in votazione

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

del 18 marzo 1994

Titolo 1: Disposizioni generali

Art. 1 Campo d'applicazione

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

² L'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di:

- a. malattia;
- b. infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni;
- c. maternità.

Art. 2 Definizioni

¹ È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

² È considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica o psichica.

³ La maternità comprende la gravidanza e il parto come pure la successiva convalescenza della madre.

Titolo 2: Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Capitolo 1: Obbligo d'assicurazione

Sezione 1: Disposizioni generali

Art. 3 Persone tenute ad assicurarsi

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

² Il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per i dipendenti di organizzazioni internazionali e di Stati esteri.

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

- a. esercitano un'attività in Svizzera o vi risiedono per un periodo prolungato;
- b. lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera.

Art. 4 Scelta dell'assicuratore

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

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

Art. 5 Inizio e fine dell'assicurazione

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

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

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

Art. 6 Controllo e affiliazione d'ufficio

¹ I Cantoni provvedono all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione.

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

Art. 7 Cambiamento d'assicuratore

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

² In caso di aumento dei premi, l'assicurato può cambiare assicuratore per la fine di un mese con preavviso di un mese a partire dalla notifica dell'aumento. Gli assicuratori devono notificare gli aumenti dei premi con almeno due mesi d'anticipo e attirare l'attenzione dell'assicurato sul diritto di disdetta.

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

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

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

Sezione 2: Sospensione della copertura dell'infortunio**Art. 8** Principio

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

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

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

Art. 9 Obbligo d'informare l'assicurato

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

Art. 10 Fine della sospensione; procedura

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

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

Capitolo 2: Organizzazione

Sezione 1: Assicuratori

Art. 11 Categorie d'assicuratori

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

- a. dalle casse malati ai sensi dell'articolo 12;
- b. dagli istituti d'assicurazione privati sottoposti alla legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) esercitanti l'assicurazione malattie e autorizzati ai sensi dell'articolo 13.

Art. 12 Casse malati

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

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

³ Le assicurazioni menzionate al capoverso 2 sono rette dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

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

Art. 13 Autorizzazione

¹ Il Dipartimento autorizza gli istituti d'assicurazione che adempiono i requisiti della presente legge (assicuratori) a esercitare l'assicurazione sociale malattie.

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Ufficio federale) pubblica l'elenco degli assicuratori.

² Gli assicuratori devono in particolare:

- a. esercitare l'assicurazione sociale malattie secondo il principio della mutualità e garantire la parità di trattamento degli assicurati; destinano a soli scopi d'assicurazione sociale malattie i fondi provenienti da quest'ultima;
- b. disporre di un'organizzazione e di una gestione garanti dell'osservanza delle prescrizioni legali;
- c. essere sempre in grado di soddisfare gli obblighi finanziari;
- d. esercitare parimenti l'assicurazione indennità giornaliera individuale secondo la presente legge;
- e. avere una sede in Svizzera.

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

Art. 14 Riassicurazione

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

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

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

Art. 15 Responsabilità

Gli assicurati non rispondono degli obblighi degli assicuratori.

Art. 16 Informazioni e consulenza

Gli assicuratori devono informare gli interessati sui loro diritti e obblighi e prestare loro consulenza.

Art. 17 Esenzione fiscale

¹ Gli assicuratori sono esenti dalle imposte dirette della Confederazione, dei Comuni e dei Cantoni e da quelle cantonali e comunali sulle successioni e donazioni, per quanto le loro risorse e i loro beni patrimoniali servano esclusivamente all'attuazione dell'assicurazione sociale malattie e alla fornitura o alla garanzia delle loro prestazioni.

² I documenti utilizzati per la pratica dell'assicurazione sociale malattie nei rapporti con gli assicurati e i terzi o con altre organizzazioni sono esenti da tasse e da emolumenti di diritto pubblico. La riscossione dei premi dell'assicurazione sociale malattie non soggiace alla tassa federale di bollo sulle quietanze dei premi.

³ Il Tribunale federale decide le vertenze inerenti all'applicazione del presente articolo.

Sezione 2: Istituzione comune

Art. 18

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

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

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

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

⁵ Per finanziare l'esecuzione dei compiti secondo i capoversi 2 e 4, gli assicuratori devono versare contributi all'istituzione comune, a carico dell'assicurazione sociale malattie. L'importo di questi contributi è stabilito dai regolamenti dell'istituzione comune.

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

⁷ L'istituzione comune tiene conti distinti per ognuno dei compiti. Essa beneficia della stessa esenzione fiscale prevista per gli assicuratori (art. 17).

Sezione 3: Promozione della salute

Art. 19 Promozione della prevenzione delle malattie

¹ Gli assicuratori promuovono la prevenzione delle malattie.

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

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

Art. 20 Finanziamento; vigilanza

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

² Il Consiglio federale stabilisce il contributo su proposta dell'istituzione.

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

Sezione 4: Vigilanza e statistica

Art. 21 Vigilanza

¹ Gli assicuratori e l'istituzione comune soggiacciono alla vigilanza del Consiglio federale.

² Il Consiglio federale provvede all'applicazione uniforme della presente legge e disciplina in particolare la ripartizione delle competenze.

³ L'esercizio delle assicurazioni menzionate nell'articolo 12 capoverso 2 soggiace alla sorveglianza dell'Ufficio federale delle assicurazioni private giusta la legislazione sulla sorveglianza degli istituti privati d'assicurazione.

⁴ L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali può impartire istruzioni agli assicuratori per l'applicazione uniforme del diritto federale, chiedere loro tutte le informazioni e tutti i documenti necessari ed effettuare ispezioni. Gli assicuratori devono inviargli i rapporti e i conti annui.

⁵ Se un assicuratore disattende le prescrizioni legali, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali può, a seconda della natura e della gravità dell'infrazione:

- a. prendere le misure atte a ristabilire l'ordine legale, addebitandone le spese all'assicuratore;
- b. proporre al Dipartimento il ritiro dell'autorizzazione di esercitare l'assicurazione sociale malattie.

⁶ Sono salve le disposizioni speciali sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati.

Art. 22 Controllo dei costi amministrativi

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

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

Art. 23 Statistiche

¹ Il Consiglio federale emana disposizioni sull'allestimento, l'analisi e la pubblicazione delle statistiche necessarie all'applicazione della presente legge come pure sull'accesso ai dati raccolti. In merito provvede a garantire la protezione della personalità.

² Gli assicuratori e le autorità federali e cantonali collaborano all'allestimento delle statistiche. Il Consiglio federale può estendere questo obbligo ad altre persone o organizzazioni previamente sentite.

Capitolo 3: Prestazioni

Sezione 1: Catalogo delle prestazioni

Art. 24 Principio

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

Art. 25 Prestazioni generali in caso di malattia

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

² Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura:
 1. dal medico;
 2. dal chiropratico;
 3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica;
- b. le analisi, i medicamenti, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico;
- c. un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico;
- d. i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico;
- e. la degenza nel reparto comune di un ospedale;
- f. la degenza in un istituto che fornisce prestazioni semiospedaliere;
- g. un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio.

Art. 26 Medicina preventiva

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

Art. 27 Infermità congenite

Per le infermità congenite che non sono coperte dall'assicurazione invalidità, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 28 Infortuni

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

Art. 29 Maternità

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

² Quest'ultime comprendono:

- a. gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da un medico o da una levatrice o prescritti da un medico;
- b. il parto a domicilio, all'ospedale o in un istituto semiospedaliero, come pure l'assistenza del medico o della levatrice;
- c. la necessaria consulenza per l'allattamento.

Art. 30 Interruzione non punibile della gravidanza

In caso d'interruzione non punibile della gravidanza ai sensi dell'articolo 120 del Codice penale, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 31 Cure dentarie

¹ L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie:

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

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

Sezione 2: Presupposti e entità dell'assunzione dei costi**Art. 32** Condizioni

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

² L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono riesaminate periodicamente.

Art. 33 Designazione delle prestazioni

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

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

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

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

⁵ Può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3.

Art. 34 Entità

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

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

Capitolo 4: Fornitori di prestazioni

Sezione 1: Autorizzazione

Art. 35 Principio

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

² Sono fornitori di prestazioni:

- a. i medici;
- b. i farmacisti;
- c. i chiropratici;
- d. le levatrici;
- e. le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica e le organizzazioni che le occupano;
- f. i laboratori;
- g. i centri di consegna di mezzi ed apparecchi diagnostici e terapeutici;
- h. gli ospedali;
- i. gli istituti che effettuano cure semiospedaliere;
- k. le case di cura;
- l. gli stabilimenti di cura balneare.

Art. 36 Medici

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

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

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

Art. 37 Farmacisti

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

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

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

Art. 38 Altri fornitori di prestazioni

Il Consiglio federale disciplina l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere c-g. Esso sente dapprima i Cantoni e le organizzazioni interessate.

Art. 39 Ospedali e altri istituti

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

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

² Le condizioni di cui al capoverso 1 lettere a-c si applicano per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure semiospedaliere.

³ Le condizioni di cui al capoverso 1 si applicano per analogia agli stabilimenti, agli istituti e ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

Art. 40 Stabilimenti di cura balneare

¹ Sono autorizzati gli stabilimenti di cura balneare riconosciuti dal Dipartimento.

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

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

Art. 41

¹ L'assicurato ha la libera scelta tra i fornitori di prestazioni autorizzati e idonei alla cura della sua malattia. In caso di cura ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. In caso di cura ospedaliera o semiospedaliera, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel Cantone di domicilio dell'assicurato.

² Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni. Sono considerati motivi d'ordine medico i casi d'urgenza e quelli in cui le necessarie prestazioni non possono essere dispensate:

- a. nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei relativi dintorni, se si tratta di cura ambulatoriale;
- b. nel Cantone di domicilio dell'assicurato o in un ospedale fuori da questo Cantone che figura nell'elenco allestito dal Cantone di domicilio dell'assicurato, giusta l'articolo 39 capoverso 1 lettera e, se si tratta di cura ospedaliera o semiospedaliera.

³ Se, per motivi d'ordine medico, l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico, o sussidiato dall'ente pubblico, situato fuori dal suo Cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone ove si trova il suddetto ospedale. In questo caso, il diritto di regresso giusta l'articolo 79 si applica per analogia al Cantone di domicilio. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

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

Sezione 3: Debitore della remunerazione; fatturazione

Art. 42

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

² Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante).

³ Il fornitore di prestazioni deve consegnare al debitore della remunerazione una fattura dettagliata e comprensibile. Deve pure trasmettergli tutte le indicazioni necessarie per poter verificare il calcolo della remunerazione e l'economicità della prestazione. Nel sistema del terzo pagante l'assicurato riceve una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

⁴ L'assicuratore può esigere una diagnosi precisa o raggugli supplementari di natura medica.

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

Sezione 4: Tariffe e prezzi

Art. 43 Principio

¹ I fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi.

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

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

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

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

⁵ Le tariffe per singola prestazione devono basarsi su una struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Se le parti alla convenzione non si accordano sulla struttura tariffale uniforme, quest'ultima è stabilita dal Consiglio federale.

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

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

Art. 44 Protezione tariffale

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

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

Art. 45 Garanzia del trattamento

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

Art. 46 Convenzione tariffale

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

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

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

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

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

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

Art. 47 Assenza di convenzione tariffale

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

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

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

Art. 48 Convenzioni tariffali con associazioni di medici

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

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

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

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

Art. 49 Convenzioni tariffali con gli ospedali

¹ Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50 per cento dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Non sono computate la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovracapacità, le spese d'investimento, di formazione e di ricerca.

² Le parti contraenti possono convenire che prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente. Per queste prestazioni, esse possono al massimo computare, per gli abitanti del Cantone, il 50 per cento dei costi fatturabili, se si tratta di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.

³ In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale ai sensi dei capoversi 1 e 2 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50.

⁴ Con le remunerazioni ai sensi dei capoversi 1-3 sono tacitate tutte le pretese dell'ospedale riguardo il reparto comune.

⁵ Le parti alla convenzione concordano la remunerazione per il trattamento ambulatoriale e per la degenza semiospedaliera.

⁶ Gli ospedali calcolano i propri costi e registrano le proprie prestazioni secondo un metodo uniforme; tengono in proposito una contabilità analitica e una statistica delle prestazioni. I governi cantonali e le parti alla convenzione possono consultare gli atti. Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni.

⁷ I governi cantonali e, in caso di bisogno, il Consiglio federale ordinano uno studio comparativo delle gestioni ospedaliere. Gli ospedali e i Cantoni devono fornire i documenti necessari. Se il confronto dimostra che i costi di un ospedale sono sensibilmente superiori a quelli di ospedali comparabili o se i documenti

presentati da un ospedale sono insufficienti, gli assicuratori possono denunciare la convenzione secondo l'articolo 46 capoverso 5 e chiedere all'autorità che approva (art. 46 cpv. 4) di ridurre le tariffe in misura adeguata.

Art. 50 Convenzioni tariffali con le case di cura

Per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale e a domicilio. Può convenire con la casa di cura remunerazioni forfettarie. I capoversi 6 e 7 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia.

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

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

² Il Cantone sente dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

Art. 52 Analisi e medicinali, mezzi e apparecchi

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

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

² In materia di infermità congenite, le terapie che figurano nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità sono riprese nelle disposizioni e negli elenchi allestiti secondo il capoverso 1.

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

Art. 53 Ricorso al Consiglio federale

¹ Contro le decisioni del governo cantonale ai sensi degli articoli 39, 45, 46 capoverso 4, 47, 48 capoversi 1-3, 49 capoverso 7, 51, 54 e 55 può essere interposto ricorso al Consiglio federale.

² La procedura di ricorso è retta dalla legge federale sulla procedura amministrativa.

³ Il Consiglio federale decide sui ricorsi entro quattro mesi. Per motivi gravi, il termine può essere superato al massimo di quattro mesi.

Sezione 5:

Misure straordinarie destinate a contenere l'evoluzione dei costi

Art. 54 Stanziamento globale di bilancio da parte dell'autorità che approva

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

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

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

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

² È competente:

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

Sezione 6:

Controllo dell'economicità e della qualità delle prestazioni

Art. 56 Economicità delle prestazioni

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

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

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

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

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

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

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

Art. 57 Medici di fiducia

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

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

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

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

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

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

esigere che l'esame di controllo sia effettuato da un altro medico. Se l'assicurato non s'accorda in merito con l'assicuratore, la decisione spetta al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89.

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

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

Art. 58 Garanzia della qualità

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

² Ne può affidare l'esecuzione ad associazioni professionali o ad altre istituzioni.

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

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

Art. 59 Esclusione di fornitori di prestazioni

Se per gravi motivi, segnatamente in caso di violazione degli obblighi di cui agli articoli 56 e 58, un assicuratore non vuole o non vuole più permettere a un fornitore di prestazioni d'esercitare secondo la presente legge, la decisione in merito spetta al tribunale arbitrale ai sensi dell'articolo 89.

Capitolo 5: Finanziamento

Sezione 1: Sistema finanziario e esposizione dei conti

Art. 60

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

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

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

⁴ Il Consiglio federale emana le necessarie disposizioni, segnatamente sulla tenuta della contabilità, l'esposizione e il controllo dei conti, la costituzione delle riserve e i collocamenti di capitale.

Sezione 2: Premi degli assicurati

Art. 61 Principi

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

² L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. Sono possibili al massimo tre graduazioni regionali per Cantone.

³ Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni, l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni e che stanno svolgendo una formazione.

⁴ L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale.

Art. 62 Forme particolari d'assicurazione

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

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

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

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

Art. 63 Indennizzo di terzi

¹ L'assicuratore versa un congruo indennizzo per il datore di lavoro, l'associazione di datori di lavoro o di lavoratori oppure per un'autorità d'assistenza che assumono compiti nell'ambito dell'esecuzione dell'assicurazione malattie.

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

Sezione 3: Partecipazione ai costi

Art. 64

¹ Gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute.

² La partecipazione ai costi comprende:

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

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

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

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

⁶ Il Consiglio federale può:

- a. prevedere una partecipazione ai costi più alta per determinate prestazioni;
- b. ridurre o sopprimere la partecipazione ai costi per cure di lunga durata e per cura di affezioni gravi;
- c. sopprimere la partecipazione ai costi per assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'articolo 41 capoverso 4, se la stessa risulta inappropriata.

⁷ Per le prestazioni di maternità l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi.

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

Art. 65 Riduzione dei premi da parte dei Cantoni

¹ I Cantoni accordano riduzioni di premi agli assicurati di condizione economica modesta.

² Le riduzioni sono fissate in modo che i sussidi annui della Confederazione e dei Cantoni giusta l'articolo 66 siano di regola versati integralmente.

³ I Cantoni non possono obbligare gli assicuratori, se quest'ultimi non vi acconsentono, a collaborare oltre quanto previsto all'articolo 82 capoverso 3.

Art. 66 Sussidi della Confederazione e dei Cantoni

¹ La Confederazione versa ai Cantoni sussidi annui destinati a ridurre i premi ai sensi dell'articolo 65.

² Questi sussidi sono fissati mediante decreto federale semplice di una durata di quattro anni, tenuto conto dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dello stato delle finanze della Confederazione.

³ Il Consiglio federale determina le quote dei sussidi federali da versare ai singoli Cantoni secondo la loro popolazione residente e la loro capacità finanziaria. Può anche prendere in considerazione il premio medio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di ogni Cantone.

⁴ Il Consiglio federale decide, secondo la capacità finanziaria dei Cantoni, il contributo minimo di questi ultimi ai sussidi federali. Il contributo globale dei Cantoni corrisponde almeno alla metà dell'importo complessivo dei sussidi federali.

⁵ Un Cantone può diminuire al massimo del 50 per cento il contributo che è tenuto a versare giusta il capoverso 4 se è comunque garantita la riduzione dei premi per gli assicurati di condizione economica modesta. Il sussidio federale accordato a questo Cantone è quindi ridotto in modo corrispondente. Il Consiglio federale può emanare disposizioni più dettagliate in materia.

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

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

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

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

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

Art. 68 Assicuratori

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

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

³ Gli articoli 11–17 sono applicabili per analogia.

Art. 69 Riserve d'assicurazione

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

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

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

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

Art. 70 Cambiamento dell'assicuratore

¹ Il nuovo assicuratore non può formulare nuove riserve se l'assicurato cambia assicuratore:

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

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

³ Il precedente assicuratore provvede affinché l'assicurato sia informato per scritto in merito al suo diritto di libero passaggio. Se omette questa informazione, deve continuare a garantire la protezione assicurativa. L'assicurato deve far valere il diritto di libero passaggio entro tre mesi dal ricevimento della comunicazione.

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

Art. 71 Uscita dall'assicurazione collettiva

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

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

Art. 72 Prestazioni

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

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

³ L'indennità giornaliera va pagata, per una o più malattie, durante almeno 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi.

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

⁵ Qualora l'indennità giornaliera sia ridotta in seguito a sovrindennizzo giusta l'articolo 78 capoverso 2, l'assicurato colpito da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

Art. 73 Coordinamento con l'assicurazione contro la disoccupazione

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

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

Art. 74 Indennità giornaliera in caso di maternità

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

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

Art. 75 Sistema finanziario ed esposizione dei conti

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

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

Art. 76 Premi degli assicurati

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

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

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

⁴ L'articolo 61 capoversi 2 e 4 è applicabile per analogia.

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

Art. 77 Premi dell'assicurazione collettiva

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

Titolo 4: Regole di coordinamento

Capitolo 1: Coordinamento delle prestazioni

Art. 78

¹ Il Consiglio federale disciplina le relazioni dell'assicurazione sociale malattie con le altre assicurazioni sociali segnatamente per quanto riguarda:

- a. l'obbligo d'anticipare le prestazioni e la susseguente assunzione delle prestazioni anticipate;
- b. l'obbligo reciproco di fornire indicazioni sulla determinazione e la modifica dalle prestazioni;
- c. i limiti dell'obbligo di fornire prestazioni in caso di concomitanza di malattia e infortunio;
- d. il diritto degli assicuratori d'impugnare le decisioni inerenti all'obbligo di fornire prestazioni di un'altra assicurazione sociale.

² Esso provvede affinché le prestazioni dell'assicurazione sociale malattie o la rispettiva concomitanza con quelle d'altre assicurazioni sociali non comportino un sovrindennizzo per gli assicurati o per i fornitori di prestazioni, in particolare in caso di degenza ospedaliera.

Capitolo 2: Surrogazione

Art. 79

¹ Insorto l'evento assicurato, l'assicuratore subentra, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti dell'assicurato contro il terzo responsabile.

² L'assicuratore può esercitare il diritto di regresso nei confronti del coniuge dell'assicurato, dei suoi parenti in linea ascendente e discendente oppure delle persone conviventi solo se esse hanno provocato l'evento assicurato intenzionalmente o per negligenza grave.

³ Il Consiglio federale emana disposizioni dettagliate in materia d'esercizio del diritto di regresso.

Titolo 5: Procedura, contenzioso, disposizioni penali

Capitolo 1: Procedura

Art. 80 Decisione

¹ Se l'assicurato non accetta una risoluzione dell'assicuratore, quest'ultimo deve emanare una decisione scritta entro 30 giorni a decorrere dall'esplicita domanda dell'assicurato.

² L'assicuratore deve motivare la decisione e indicare il rimedio giuridico; la notifica irregolare di una decisione non può essere di pregiudizio all'assicurato.

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

Art. 81 Esame degli atti

Gli interessati hanno il diritto di esaminare gli atti. Vanno salvaguardati gli interessi privati degni di protezione dell'assicurato e dei suoi congiunti come pure gli interessi pubblici preponderanti. Il Consiglio federale definisce la cerchia degli interessati e disciplina la procedura.

Art. 82 Assistenza amministrativa e giudiziaria

¹ Su richiesta, le autorità amministrative e giudiziarie della Confederazione, dei Cantoni, dei Distretti, dei Circoli e dei Comuni forniscono gratuitamente ai competenti organi dell'assicurazione sociale malattie le informazioni e i documenti necessari per determinare, modificare o ripetere prestazioni, prevenire pagamenti indebiti, fissare e riscuotere premi o per esercitare il regresso contro terzi responsabili.

² Nel singolo caso, gli assicuratori di cui all'articolo 11 e gli altri assicuratori sociali si prestano reciproca assistenza ai sensi del capoverso 1.

³ Su richiesta, gli assicuratori forniscono gratuitamente alle autorità cantonali competenti le informazioni e i documenti necessari per:

- a. esercitare il diritto di regresso sancito dall'articolo 41 capoverso 3;
- b. stabilire la riduzione dei premi giusta l'articolo 65.

Art. 83 Obbligo del segreto

Le persone incaricate dell'attuazione, del controllo e della sorveglianza dell'assicurazione sociale malattie sono tenuti al segreto in merito ai fatti da loro accertati o appresi. Se nessun interesse privato degno di protezione vi si oppone, il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo del segreto.

Art. 84 Protezione dei dati

La protezione dei dati è retta dalla legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati, eccetto i suoi articoli 12-15.

Capitolo 2: Contenzioso

Art. 85 Opposizione

¹ Le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso l'assicuratore che le ha notificate.

² Le decisioni su opposizione devono essere motivate e indicare il rimedio giuridico.

³ La procedura d'opposizione è gratuita; non possono essere assegnate indennità ripetibili.

⁴ L'assicuratore non può subordinare la notifica della decisione su opposizione all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

Art. 86 Tribunale cantonale delle assicurazioni

¹ Le decisioni su opposizione sono impugnabili mediante ricorso di diritto amministrativo. Il ricorso va interposto entro trenta giorni dalla notifica della decisione su opposizione al tribunale delle assicurazioni designato dal Cantone a dirimere le liti che oppongono un assicuratore a un altro assicuratore, a un assicurato oppure a un terzo.

² Ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, malgrado la domanda dell'interessato, non notifica alcuna decisione o decisione su opposizione.

³ È competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato o il terzo è domiciliato nel momento in cui interpone ricorso, oppure il tribunale del Cantone dove si trova la sede dell'assicuratore resistente. Se l'assicurato o il terzo è domiciliato all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone del suo ultimo domicilio in Svizzera o quello del Cantone di domicilio dell'ultimo datore di lavoro svizzero; se ambedue questi domicili non possono essere accertati, è competente il tribunale del Cantone in cui ha sede l'assicura-

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

⁴ L'assicuratore non può subordinare il diritto dell'assicurato di adire il tribunale cantonale delle assicurazioni all'esaurimento di eventuali procedure interne di ricorso.

Art. 87 Norme di procedura

I Cantoni regolano la procedura; essa deve soddisfare le seguenti condizioni:

- a. la procedura dev'essere semplice, spedita e gratuita per le parti. In caso di ricorso temerario o per leggerezza possono tuttavia essere addossate una tassa di giustizia e le spese processuali;
- b. l'atto di ricorso deve contenere un'esposizione concisa dei fatti, le conclusioni e una breve motivazione. Se detti requisiti non sono soddisfatti, il tribunale assegna al ricorrente un congruo termine per rimediarsi, con la comminatoria che altrimenti non entrerà nel merito;
- c. il tribunale accerta con la collaborazione delle parti i fatti determinanti per il giudizio; assume le prove necessarie e le valuta liberamente;
- d. le conclusioni delle parti non vincolano il tribunale. Esso può riformare la decisione a detrimento del ricorrente o aggiudicargli più di quanto egli abbia domandato, tuttavia solo dopo aver dato la possibilità alle parti di pronunciarsi;
- e. se le circostanze lo giustificano, le parti sono convocate per un dibattimento;
- f. dev'essere garantito il diritto di patrocinio. Se le circostanze lo giustificano, al ricorrente è accordato il gratuito patrocinio;
- g. il ricorrente che vince la causa ha diritto alla rifusione delle spese ripetibili nella misura stabilita dal tribunale. Il loro importo è determinato in relazione alla fattispecie ed alla difficoltà del processo, senza tener conto del valore litigioso;
- h. le sentenze, motivate e provviste dell'indicazione del rimedio giuridico e dei nomi dei membri del tribunale, sono notificate alle parti per scritto;
- i. dev'essere garantita la revisione delle sentenze se sono scoperti fatti o mezzi di prova nuovi, oppure se un crimine o un delitto hanno influito sulla sentenza.

Art. 88 Esecuzione

¹ Le decisioni e le decisioni su opposizione prolate in virtù della presente legge sono esecutive se:

- a. non possono più essere impugnate giudizialmente;
- b. il rimedio giuridico consentito non ha effetto sospensivo;
- c. al rimedio giuridico è stato ritirato l'effetto sospensivo.

² Le decisioni e le decisioni su opposizione esecutive che condannano al pagamento di una somma in contanti o a fornire una cauzione sono parificate alle sentenze esecutive ai sensi dell'articolo 80 della legge federale sulla esecuzione e sul fallimento.

Art. 89 Tribunale arbitrale cantonale

¹ Le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni sono decise dal tribunale arbitrale.

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

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

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

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

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

Art. 90 Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità

¹ Le decisioni concernenti l'ammissione nell'elenco delle specialità farmaceutiche e dei medicinali confezionati (elenco delle specialità; art. 52 cpv. 1 lett. b) possono essere impugnate davanti alla Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità.

² La procedura è retta dalla legge federale sull'organizzazione giudiziaria.

Art. 91 Tribunale federale delle assicurazioni

Contro le sentenze dei tribunali cantonali delle assicurazioni, dei tribunali arbitrali o della Commissione federale di ricorso in materia di elenco delle specialità, può essere interposto ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni secondo la legge federale sull'organizzazione giudiziaria.

Capitolo 3: Disposizioni penali

Art. 92 Delitti

È punito con la detenzione sino a sei mesi o con la multa, salvo si tratti di un crimine o di un delitto passibile di una pena più grave secondo il Codice penale, chiunque:

- a. mediante indicazioni false o incomplete, oppure altrimenti, si sottrae in tutto o in parte all'obbligo di assicurarsi;

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

Art. 93 Contravvenzioni

È punito con l'arresto o con la multa chiunque intenzionalmente:

- a. violando l'obbligo d'informare, dà informazioni inveritiere o rifiuta di dare informazioni;
- b. si sottrae all'obbligo d'assistenza giudiziaria e amministrativa ai sensi dell'articolo 82;
- c. si oppone a un controllo ordinato dall'autorità di sorveglianza o lo rende altrimenti impossibile.

Art. 94 Infrazioni commesse nella gestione degli affari

Sono applicabili gli articoli 6 e 7 della legge federale sul diritto penale amministrativo.

Art. 95 Azione penale

L'azione penale spetta ai Cantoni.

Titolo 6: Disposizioni finali

Capitolo 1: Esecuzione

Art. 96

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

Capitolo 2: Disposizioni transitorie

Art. 97 Disposizioni cantonali

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

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

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

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

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

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

Art. 99 Rinuncia alla continuazione dell'assicurazione sociale malattie

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

² Queste casse devono sciogliersi se all'entrata in vigore della presente legge non sono state autorizzate all'esercizio di assicurazioni ai sensi della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli assicuratori. È salvo l'esercizio dell'assicurazione d'indennità giornaliera limitato a un'impresa o a un'associazione professionale. Sentito l'Ufficio federale delle assicurazioni private, l'Ufficio federale decide l'entità della destinazione del patrimonio delle casse malati ai sensi del capoverso 3.

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

Art. 100 Altri assicuratori

Gli assicuratori ai sensi dell'articolo 11 lettera b che intendono esercitare l'assicurazione sociale malattie all'entrata in vigore della presente legge devono inoltrare la domanda d'autorizzazione, corredata dei documenti necessari, all'Ufficio federale al più tardi sei mesi prima.

Art. 101 Fornitori di prestazioni e medici di fiducia

¹ Medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, personale paramedico e laboratori autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie secondo il previgente

diritto sono considerati fornitori di prestazioni anche ai sensi del nuovo diritto.

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

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

Art. 102 Rapporti previgenti d'assicurazione

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

² Le disposizioni delle casse in materia di prestazioni medico-sanitarie eccedenti quelle menzionate all'articolo 34 capoverso 1 (prestazioni statutarie, assicurazioni complementari) devono essere adeguate al nuovo diritto entro un anno a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge. I diritti e gli obblighi degli assicurati sono retti dal previgente diritto sino all'effettuazione dell'adeguamento. La cassa malati deve offrire ai propri assicurati contratti di almeno pari copertura assicurativa riguardo quella di cui beneficiavano prima. I periodi d'assicurazione compiuti, secondo il previgente diritto sono computati per la determinazione dei premi.

³ I rapporti assicurativi stipulati secondo il previgente diritto con le casse malati che perdono il riconoscimento e continuano a esercitare l'assicurazione quali istituti d'assicurazione ai sensi della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli assicuratori (art. 99) decadono all'entrata in vigore della presente legge. L'assicurato può tuttavia domandare la continuazione del rapporto assicurativo se l'istituto d'assicurazione gli offre un'assicurazione corrispondente.

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

⁵ I contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione facoltativa

d'indennità giornaliera secondo la presente legge, possono, a domanda dello stipulante, essere adeguati al nuovo diritto entro un anno dall'entrata in vigore se l'assicuratore esercita l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera giusta la presente legge.

Art. 103 Prestazioni assicurative

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

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

Art. 104 Convenzioni tariffali

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

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

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

Art. 105 Compensazione dei rischi

¹ Gli assicuratori il cui effettivo di donne e di persone anziane assicurate è inferiore a quello medio dell'insieme degli assicuratori devono versare un contributo all'istituzione comune (art. 18) a favore degli assicuratori il cui effettivo di donne e di persone anziane assicurate supera questa media; detto contributo è destinato a compensare integralmente le differenze medie dei costi tra i gruppi di rischio determinanti.

² Il confronto è effettuato, per Cantone e per assicuratore, sulla base della struttura dell'effettivo degli assicurati.

³ L'istituzione comune esegue la compensazione dei rischi tra assicuratori in ogni singolo Cantone.

⁴ La compensazione dei rischi è limitata a dieci anni a decorrere dall'entrata in vigore della presente legge. Il Consiglio federale emana le disposizioni per la compensazione dei rischi, salvaguardando l'incentivo per gli assicuratori di perseguire l'economicità dei costi.

Art. 106 Sussidi federali

¹ Per i primi quattro anni successivi all'entrata in vigore della presente legge, ma al massimo fino al 1999, i sussidi federali giusta l'articolo 66 ammontano a:

- a. 1830 milioni di franchi per il primo anno;
- b. 1940 milioni di franchi per il secondo anno;
- c. 2050 milioni di franchi per il terzo anno;
- d. 2180 milioni di franchi per il quarto anno.

² Per i primi quattro anni successivi all'entrata in vigore della presente legge, ma al massimo fino al 1999, l'importo globale che i Cantoni devono fornire per integrare il sussidio federale rappresenta:

- a. il 35 per cento per il primo anno;
- b. il 40 per cento per il secondo anno;
- c. il 45 per cento per il terzo anno;
- d. il 50 per cento per il quarto anno.

Capitolo 3: Referendum e entrata in vigore**Art. 107**

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

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

Abrogazione e modificazione di leggi federali

1. La legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie è abrogata.

2. La legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati è modificata come segue:

Art. 4 cpv. 1 lett. f e g

¹ Sono esonerate dalla sorveglianza:

- f. le casse malati ai sensi dell'articolo 12 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal);
- g. i riassicuratori parificati alle casse malati in applicazione dell'articolo 14 capoverso 2 LAMal.

Art. 5

Abrogato

Art. 47 cpv. 2-4

² Per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale malattie giusta la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

³ Nelle contestazioni giusta il capoverso 2, non possono essere addossate spese procedurali alle parti; tuttavia il giudice può mettere tutte queste spese o una parte di esse a carico della parte temeraria.

⁴ *Ex cpv. 2*

3. La legge federale sul contratto d'assicurazione è modificata come segue:

Art. 100 cpv. 2

² Per gli stipulanti e gli assicurati considerati disoccupati ai sensi dell'articolo 10 della legge del 25 giugno 1982 sull'assicurazione contro la disoccupazione sono inoltre applicabili per analogia gli articoli 71 capoverso 1 e 73 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie.

Art. 101 cpv. 1 n. 2

¹ La presente legge non è applicabile:

- 2. ai rapporti di diritto privato tra gli istituti d'assicurazione non sottoposti alla sorveglianza ai sensi dell'articolo 4 lettere a-e e g della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) oppure sottoposti alla sorveglianza semplificata (art. 53 cpv. 3 LSA) e i loro assicurati.

4. La legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni è modificata come segue:

Art. 68 cpv. 1 lett. c

¹ Le persone, la cui assicurazione esula dalla competenza dell'INSAI, devono, a norma della presente legge, essere assicurate contro gli infortuni da:

c. casse malati ai sensi della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie.

5. La legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità è modificata come segue:

Art. 3 cpv. 4 lett. d e 4^{bis}

⁴ Dal reddito sono dedotti:

d. i premi d'assicurazione sulla vita, contro gli infortuni e per l'invalidità sino a una somma annua di 300 franchi per persone sole e di 500 franchi per coniugi e persone con figli che hanno o danno diritto a una rendita, come anche i contributi alle assicurazioni sociali della Confederazione ad esclusione dell'assicurazione malattie;

^{4bis} Il Consiglio federale stabilisce le spese di soggiorno in case e ricoveri, di medico, dentista, farmacista, cure e mezzi ausiliari, come pure le spese supplementari causate da invalidità che possono essere dedotte.

Disposizione transitoria

¹ In compensazione della soppressione delle deduzioni sui premi dell'assicurazione malattie, i limiti di reddito stabiliti all'articolo 2 capoverso 1 per le persone e per i coniugi subiscono un aumento unico, il cui importo è fissato dal Consiglio federale. I Cantoni sono tenuti ad aumentare nella stessa misura l'importo destinato alle spese personali giusta l'articolo 2 capoverso 1^{bis}.

² Questo aumento subentra all'inizio dell'anno.

6. La legge federale del 24 giugno 1977 sulla competenza ad assistere le persone nel bisogno (LAS) è modificata come segue:

Art. 3 cpv. 2 lett. b

² Non sono prestazioni assistenziali:

a. ...

b. i contributi minimi alle assicurazioni obbligatorie che un ente pubblico deve prestare in luogo degli assicurati;

Testo in votazione

Legge federale concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri

del 18 marzo 1994

I

La legge federale del 26 marzo 1931 concernente la dimora e il domicilio degli stranieri è modificata come segue:

Art. 13a

Allo scopo di garantire l'attuazione della procedura d'allontanamento, la competente autorità cantonale può far incarcerare per tre mesi al massimo, durante la preparazione della decisione in merito al diritto di soggiorno, lo straniero privo di permesso di dimora o di domicilio che:

- a. nella procedura d'asilo o d'allontanamento rifiuta di dichiarare la propria identità, presenta più domande d'asilo sotto diverse identità o ripetutamente non dà seguito a una citazione senza sufficiente motivo;
- b. abbandona il territorio che gli è attribuito giusta l'articolo 13e o accede a un territorio che gli è vietato;
- c. non rispetta il divieto d'entrata e non può essere allontanato immediatamente;
- d. presenta domanda d'asilo dopo un'espulsione amministrativa cresciuta in giudicato secondo l'articolo 10 capoverso 1 lettera a o b o dopo un'espulsione giudiziaria senza condizionale;
- e. minaccia in modo grave o espone a serio pericolo la vita o la salute altrui e per questa ragione è perseguito penalmente o è stato condannato.

Art. 13b

¹ Se l'allontanamento è eseguibile oppure se è stata notificata una decisione di prima istanza d'allontanamento o espulsione, l'autorità cantonale competente, allo scopo di garantire l'esecuzione può:

- a. mantenere in carcere lo straniero che già vi si trova sulla base dell'articolo 13a;
- b. incarcerare lo straniero, se sono dati motivi giusta l'articolo 13a lettere b, c o e;
- c. incarcerare lo straniero, se indizi concreti fanno temere che lo stesso intende sottrarsi all'espulsione, in particolare perché il suo comportamento precedente indica ch'egli non si attiene alle disposizioni delle autorità.

² La carcerazione può durare tre mesi al massimo; se particolari ostacoli si oppongono all'esecuzione dell'allontanamento o dell'espulsione, con il consenso dell'autorità giudiziaria cantonale la carcerazione può essere prorogata di sei mesi al massimo.

³ Va fatto subito il necessario per l'esecuzione dell'allontanamento o dell'espulsione.

Art. 13c

¹ La carcerazione è ordinata dall'autorità del Cantone competente per l'esecuzione dell'allontanamento o dell'espulsione.

² La legalità e l'adeguatezza della carcerazione sono esaminate da un'autorità giudiziaria il più tardi entro 96 ore, dopo audizione in procedura orale.

³ Nel decidere la carcerazione o il mantenimento o la revoca di quest'ultima, il giudice tiene conto, oltre che dei motivi di carcerazione, segnatamente della situazione familiare dell'interessato e delle circostanze in cui la carcerazione dev'essere eseguita. È esclusa la carcerazione preliminare o in vista di sfratto di fanciulli e adolescenti che non hanno ancora compiuto i 16 anni.

⁴ Lo straniero incarcerato può, dopo un mese, presentare istanza di scarcerazione. L'autorità giudiziaria decide in merito all'istanza entro otto giorni feriali, sulla base di un'udienza. Una nuova istanza di scarcerazione può essere presentata dopo un mese se si tratta di carcerazione secondo l'articolo 13a e dopo due mesi se si tratta di carcerazione secondo l'articolo 13b.

⁵ La carcerazione ha termine se:

- a. il motivo della carcerazione è venuto a mancare o se risulta che l'esecuzione dell'allontanamento o dell'espulsione è inattuabile per motivi giuridici o effettivi;
- b. è stata accolta un'istanza di scarcerazione;
- c. la persona incarcerata comincia a scontare una pena o misura privativa della libertà.

⁶ L'autorità competente decide immediatamente in merito al diritto di soggiorno dello straniero incarcerato.

Art. 13d

¹ I Cantoni provvedono affinché in Svizzera sia informata una persona designata dall'incarcerato. Questi può comunicare verbalmente e per scritto con il rappresentante legale.

² La carcerazione è eseguita in locali adeguati. Va evitato di collocare le persone incarcerate in base alla presente legge con persone in carcerazione preventiva o detenute in esecuzione della pena. Per quanto possibile, all'incarcerato è offerta un'occupazione adeguata.

Art. 13e

¹ Allo straniero privo di permesso di dimora o di domicilio che disturba o mette in pericolo la sicurezza e l'ordine pubblico l'autorità cantonale competente può imporre di non abbandonare o di non accedere a un dato territorio, segnatamente al fine di lottare contro il traffico di stupefacenti.

² Queste misure sono ordinate dall'autorità del Cantone competente per l'esecuzione dell'allontanamento o dell'espulsione. Il divieto di accedere a un dato territorio può essere ordinato anche dall'autorità del Cantone in cui si trova questo territorio.

³ Contro le misure ordinate è dato il ricorso a un'autorità giudiziaria cantonale. Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Art. 14

¹ L'autorità cantonale competente può sfrattare uno straniero dal Paese verso uno Stato da essa designato, se:

- a. lo straniero lascia trascorrere il termine che gli è fissato per la partenza;
- b. l'allontanamento o l'espulsione può essere eseguito immediatamente;
- c. lo straniero è in carcere in base all'articolo 13b ed è data una decisione d'allontanamento o espulsione cresciuta in giudicato.

² Lo straniero che ha la possibilità di recarsi legalmente in più di uno Stato è sfrattato nel Paese di sua scelta.

³ Durante la procedura di allontanamento o di espulsione, l'autorità competente secondo il diritto cantonale può ordinare la perquisizione dello straniero e degli oggetti ch'egli porta con sé, allo scopo di mettere al sicuro i documenti di viaggio e di legittimazione. La perquisizione può essere attuata soltanto da persona dello stesso sesso.

⁴ Se è stata pronunciata una decisione di prima istanza, l'autorità giudiziaria può ordinare la perquisizione di un'abitazione o di altri locali se è dato il sospetto che vi si tiene nascosto uno straniero che dev'essere allontanato o espulso.

Art. 14a cpv. 1

¹ Se l'esecuzione dell'allontanamento o dell'espulsione non è possibile, non ammissibile o non ragionevolmente esigibile, l'Ufficio federale dei rifugiati dispone l'ammissione provvisoria.

Art. 14b cpv. 1 e 2

¹ L'ammissione provvisoria può essere proposta dall'Ufficio federale degli stranieri, dal Ministero pubblico della Confederazione e dall'autorità cantonale di polizia degli stranieri.

² L'ammissione provvisoria deve essere revocata se l'esecuzione è lecita e se lo straniero ha la possibilità di recarsi legalmente in uno Stato terzo o di ritornare nel Paese d'origine o di ultima residenza e lo si possa ragionevolmente pretendere da lui. Tali misure decadono se lo straniero lascia liberamente la Svizzera o vi ottiene un permesso di dimora.

Art. 14d

Abrogato

Art. 14e

¹ La Confederazione può finanziare in tutto od in parte la costruzione e la sistemazione di stabilimenti cantonali destinati esclusivamente all'esecuzione della carcerazione preliminare o in vista di sfratto. Alla procedura si applicano per analogia le pertinenti disposizioni delle sezioni 2 e 5-8 della legge federale del 5 ottobre 1984 sulle prestazioni della Confederazione nel campo dell'esecuzione delle pene e delle misure.

² La Confederazione partecipa con una somma forfettaria giornaliera alle spese d'esercizio dei Cantoni per l'esecuzione della carcerazione preliminare o in vista di sfratto. Questa somma è versata per:

- a. richiedenti l'asilo;
- b. rifugiati e stranieri la cui incarcerazione è in relazione con la revoca di un'ammissione provvisoria;
- c. persone la cui incarcerazione è stata ordinata in relazione con una decisione d'espulsione dell'Ufficio federale dei rifugiati;
- d. rifugiati espulsi secondo l'articolo 44 della legge sull'asilo del 5 ottobre 1979.

Art. 15 cpv. 4 primo periodo

⁴ L'Ufficio federale dei rifugiati è competente per ordinare ed eseguire l'ammissione provvisoria, salvo che la presente legge ne incarichi i Cantoni. ...

Art. 20 cpv. 1^{bis}

Abrogato

Art. 23a

Chi non ottempera alle misure giusta l'articolo 13e è punito con l'arresto o con la detenzione fino a un anno ove risulti che l'allontanamento o l'espulsione è inattuabile per motivi giuridici o effettivi.

Art. 24 cpv. 1 primo periodo

¹ Le infrazioni di cui agli articoli 23 e 23a sono perseguite e giudicate dai Cantoni. ...

II

La legge sull'asilo del 5 ottobre 1979 è modificata come segue:

Art. 12b titolo, cpv. 1 lett. b e cpv. 5

Obbligo di collaborare e perquisizione

¹ Chi chiede asilo è tenuto a collaborare all'accertamento dei fatti. Il richiedente deve in particolare:

b. consegnare i documenti di viaggio e di legittimazione già nel centro di registrazione;

⁵ Se il richiedente è collocato in un centro di registrazione o in un alloggio collettivo, l'autorità competente può perquisirlo insieme agli oggetti ch'egli porta con sé, allo scopo di mettere al sicuro i documenti di viaggio e di legittimazione nonché gli oggetti pericolosi. La perquisizione personale può essere attuata soltanto da persona dello stesso sesso.

Art. 17a cpv. 1 lett. b e d nonché cpv. 2

¹ La decisione d'allontanamento indica:

- b. il momento entro il quale il richiedente deve avere abbandonato il territorio svizzero. In caso di decisione che preveda l'ammissione provvisoria, il termine è fissato al momento della revoca di tale misura;
- d. se del caso, gli Stati verso i quali il richiedente non può essere allontanato.

² In caso di decisioni secondo l'articolo 16 capoversi 1 e 2, può essere ordinata l'esecuzione immediata.

Art. 18 cpv. 1 e 3

¹ Se l'esecuzione dell'allontanamento non è possibile, non è ammissibile o non è ragionevolmente esigibile, l'Ufficio federale regola le condizioni di residenza secondo le disposizioni legali concernenti l'ammissione provvisoria degli stranieri.

³ Se l'allontanamento non può essere eseguito nonostante l'impiego di mezzi di coercizione, il Cantone chiede all'Ufficio federale di ordinare l'ammissione provvisoria.

Art. 47 titolo, cpv. 1, 2 e 2^{bis}

Effetto sospensivo ed esecuzione immediata

¹ Se l'allontanamento è immediatamente eseguibile, lo straniero può, entro 24 ore, presentare istanza di ripristino dell'effetto sospensivo. Gli devono essere indicati i suoi diritti.

² L'autorità competente decide entro 48 ore in merito all'istanza di ripristino dell'effetto sospensivo.

^{2bis} Fino alla decisione sull'istanza il ricorrente può, per 72 ore al massimo, essere tenuto in stato di fermo dall'autorità competente.

III

Disposizioni finali

Art. 1 Esecuzione

¹ I Cantoni emanano le disposizioni d'attuazione necessarie all'esecuzione della presente legge.

² Fino all'emanazione delle stesse, ma per due anni al massimo, le disposizioni necessarie sono prese dai governi cantonali.

Art. 2 Disposizione transitoria

Le procedure pendenti alla data d'entrata in vigore della presente legge sono rette dal nuovo diritto. Sono tuttavia escluse la carcerazione preliminare o in vista di sfratto o una perquisizione in base ai fatti verificatisi prima dell'entrata in vigore della presente legge.

Art. 3 Referendum ed entrata in vigore

¹ La presente legge sottostà al referendum facoltativo.

² Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

Invii non recapitabili:
rimandare al controllo
degli abitanti del comune

Raccomandazioni di voto

Per i motivi esposti, Consiglio federale e Parlamento raccomandano di votare come segue il 4 dicembre 1994:

- **Sì alla legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie**
- **NO all'iniziativa popolare «per una sana assicurazione malattie»**
- **Sì alla legge federale del 18 marzo 1994 concernente misure coercitive in materia di diritto degli stranieri**