

# Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure

del 13 giugno 2008

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*  
visto il messaggio del Consiglio federale del 16 febbraio 2005<sup>1</sup>,  
*decreta:*

I

Le leggi federali qui appresso sono modificate come segue:

## **1. Legge federale del 20 dicembre 1946<sup>2</sup> sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti**

*Art. 43<sup>bis</sup> cpv. 1, primo periodo, 1<sup>bis</sup>, 2 e 3*

<sup>1</sup> Hanno diritto all'assegno per grandi invalidi i beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale (art. 13 LPGA<sup>3</sup>) in Svizzera, che presentano un'invalidità (art. 9 LPGA) di grado elevato, medio o lieve.

...

<sup>1bis</sup> Il diritto all'assegno per una grande invalidità di grado lieve decade in caso di soggiorno in istituto.

<sup>2</sup> Il diritto all'assegno per grandi invalidi sorge il primo giorno del mese in cui tutte le condizioni sono soddisfatte, ma al più presto dal momento in cui l'assicurato fu grande invalido di grado elevato, medio o lieve per un anno intero, senza interruzione. Esso si estingue alla fine del mese nel quale le condizioni di cui al capoverso 1 non sono più adempiute.

<sup>3</sup> L'assegno mensile per grandi invalidi di grado elevato ammonta all'80 per cento, quello per grandi invalidi di grado medio al 50 per cento e quello per grandi invalidi di grado lieve al 20 per cento dell'importo minimo della rendita di vecchiaia previsto dall'articolo 34 capoverso 5.

1 FF 2005 1839

2 RS 831.10

3 RS 830.1

## **2. Legge federale del 6 ottobre 2006<sup>4</sup> sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità**

### *Art. 10 cpv. 2 lett. a*

<sup>2</sup> Per le persone che vivono durevolmente o per un lungo periodo in un istituto o in un ospedale (persone che vivono in un istituto o in un ospedale), le spese riconosciute sono le seguenti:

- a. la tassa giornaliera; i Cantoni possono limitare le spese prese in considerazione a causa del soggiorno in un istituto o in un ospedale. I Cantoni provvedono affinché di norma il soggiorno in un istituto riconosciuto non causi una dipendenza dall'assistenza sociale;

### *Art. 11 cpv. 1 lett. c e 1<sup>bis</sup>*

<sup>1</sup> Sono computati come reddito:

- c. un quindicesimo della sostanza netta, oppure un decimo per i beneficiari di rendite di vecchiaia, per quanto superi 37 500 franchi per le persone sole, 60 000 franchi per i coniugi e 15 000 franchi per gli orfani che hanno diritto a una rendita e i figli che danno diritto a una rendita per figli dell'AVS o dell'AI; se l'immobile appartiene al beneficiario delle prestazioni complementari o a un'altra persona compresa nel calcolo della prestazione complementare e serve quale abitazione ad almeno una di queste persone, soltanto il valore dell'immobile eccedente 112 500 franchi è preso in considerazione quale sostanza;

<sup>1bis</sup> In deroga al capoverso 1 lettera c va preso in considerazione solo il valore dell'immobile eccedente 300 000 franchi se:

- a. una coppia possiede un immobile che serve quale abitazione ad almeno un coniuge, mentre l'altro vive in un istituto o in un ospedale; o
- b. un persona è beneficiaria di un assegno per grandi invalidi dell'AVS/AI, dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione militare e abita in un immobile di sua proprietà o del suo coniuge.

### 3. Legge federale del 18 marzo 1994<sup>5</sup> sull'assicurazione malattie

*Art. 25 cpv. 2 lett. a ed f*

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

- a. gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate:
  - 1. dal medico,
  - 2. dal chiropratico,
  - 3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico;
- f. *abrogata*

*Art. 25a* Cure in caso di malattia

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

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

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

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

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

*Art. 49 cpv. 1, primo periodo*

<sup>1</sup> Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza e le cure in ospedale (art. 39 cpv. 1) o in una casa per partorienti (art. 29), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. ...

*Art. 50* Assunzione delle spese in casa di cura

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

*Art. 104a**Abrogato**Disposizioni transitorie alla modifica del 13 giugno 2008*

<sup>1</sup> I contributi alle cure conformemente all'articolo 25a capoverso 1 sono fissati la prima volta in modo da corrispondere alla somma delle retribuzioni per le cure dispensate ambulatoriamente e in casa di cura nell'anno precedente l'entrata in vigore. Se questa regola non può essere rispettata nel primo anno dopo l'entrata in vigore della presente modifica, il Consiglio federale procede agli adeguamenti necessari negli anni successivi.

<sup>2</sup> Le tariffe e le convenzioni tariffali vigenti all'entrata in vigore della presente modifica devono essere adattate entro tre anni agli importi fissati dal Consiglio federale. I governi cantonali disciplinano tale adattamento.

## II

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

<sup>2</sup> Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

Consiglio degli Stati, 13 giugno 2008

Il presidente: Christoffel Brändli

Il segretario: Philippe Schwab

Consiglio nazionale, 13 giugno 2008

Il presidente: André Bugnon

Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

*Referendum inutilizzato ed entrata in vigore*

<sup>1</sup> Il termine di referendum per la presente legge è scaduto inutilizzato il 2 ottobre 2008.<sup>6</sup>

<sup>2</sup> La presente legge entra in vigore il 1° luglio 2010.

24 giugno 2009

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Hans-Rudolf Merz  
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

<sup>6</sup> FF 2008 4579

Per mantenere il parallelismo d'impaginazione tra le edizioni italiana, francese e tedesca della RU, questa pagina rimane vuota.

