



Berna, 22.2.2017

Revisione della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA)

**Rapporto esplicativo
per l'avvio della procedura di consultazione**

Compendio

La legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, approvata dal Parlamento il 6 ottobre 2000, contiene disposizioni che, per principio, si applicano a tutti i rami delle assicurazioni sociali, fatta eccezione per la previdenza professionale.

La presente revisione prevede le modifiche esposte di seguito.

– Lotta agli abusi

Nel quadro della lotta agli abusi assicurativi (LAA) sono previsti adeguamenti che si possono suddividere grossomodo in tre gruppi.

In primo luogo, è necessario poter sospendere il versamento di prestazioni pecuniarie agli assicurati che si sottraggono ingiustificatamente all'esecuzione di pena o misure. In base alla regolamentazione proposta, si potrà sospendere (temporaneamente) il versamento di una rendita a persone condannate penalmente anche se queste si sottraggono all'esecuzione di una pena detentiva. Attualmente, invece, il versamento viene sospeso solo nel momento in cui la persona condannata subisce effettivamente una pena o una misura.

Inoltre, saranno migliorati i processi per la lotta agli abusi assicurativi. Concretamente, si tratta di adeguare alcune disposizioni concernenti la sospensione cautelare delle prestazioni in caso di sospetto fondato di un loro ottenimento indebito o di violazione dell'obbligo di notificazione, la proroga del termine per la richiesta di restituzione di prestazioni percepite indebitamente, l'effetto sospensivo dei ricorsi contro decisioni in materia di prestazioni e l'imputazione agli assicurati delle spese supplementari sostenute nell'ambito della lotta contro la riscossione indebita di prestazioni.

Infine, sarà introdotto un articolo sull'osservazione, che crea una base legale chiara ed esplicita per poter mettere sotto osservazione persone sospettate di percepire o di cercare di percepire indebitamente prestazioni delle assicurazioni sociali.

– Adeguamenti al contesto internazionale

In seguito all'aggiornamento dell'allegato II dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e l'UE, che disciplina il coordinamento tra i sistemi di sicurezza sociale nei rapporti internazionali, è necessario codificare espressamente le competenze.

Nell'applicazione di questo allegato, lo scambio elettronico di dati sta soppiantando l'utilizzo dei moduli cartacei nei rapporti internazionali. Occorre quindi creare una base legale che disciplini le competenze, i sistemi d'informazione e la comunicazione dei dati per quanto concerne lo scambio elettronico di dati.

Nelle singole leggi in materia di assicurazioni sociali va inoltre codificata espressamente la prassi secondo cui per le convenzioni di sicurezza sociale (come per le convenzioni sulla doppia imposizione, gli accordi di libero scambio e gli accordi di protezione reciproca degli investimenti) è esclusa la possibilità del referendum facoltativo se esse contemplano disposizioni che non vanno oltre gli impegni già assunti dalla Svizzera in altri trattati internazionali analoghi. Sarà così creata la base legale necessaria per legittimare questa prassi. Determinati trattati internazionali relativi al coordinamento delle leggi in materia di assicurazioni sociali non saranno pertanto più soggetti a referendum facoltativo.

– Perfezionamento del sistema

Le disposizioni in materia di regresso verranno adeguate al fine di agevolare l'attività esecutiva e tenere conto dell'attuale giurisprudenza del Tribunale federale in materia di responsabilità civile: verrà rafforzato l'obbligo di collaborare degli assicurati e sarà ampliato il catalogo delle prestazioni delle assicurazioni sociali per le quali è applicabile il diritto di regresso secondo l'articolo 74 LPGA.

In seguito a una sentenza del Tribunale federale, inoltre, è necessario chiarire all'articolo 35a capoverso 2, primo periodo LPP che – in analogia con la pertinente disposizione dell'articolo 25 capoverso 2 LPGA – il termine per la richiesta di restituzione delle prestazioni ricevute indebitamente è un termine di perenzione e non di prescrizione.

Inoltre, le procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali delle assicurazioni sociali saranno soggette a spese e disciplinate conformemente alle regole generali del diritto amministrativo. Questo permetterà di ridurre gli incentivi negativi al prolungamento dei procedimenti giudiziari ed evitare ricorsi inutili davanti ai tribunali.

Rapporto esplicativo

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Situazione iniziale

La legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA¹), approvata dal Parlamento il 6 ottobre 2000 (FF 2000 4379), contiene regolamentazioni che, per principio, vanno applicate a tutti i rami delle assicurazioni sociali, fatta eccezione per la previdenza professionale. Dalla sua entrata in vigore, la LPGA è stata oggetto di revisione a più riprese nel quadro di singole modifiche di legge nel settore delle assicurazioni sociali (p. es. la 5^a revisione AI), ma non di un progetto di revisione a sé stante. Negli ultimi anni, le richieste di revisione provenienti dal Parlamento, dalle autorità giudiziarie, dagli organi di esecuzione e dal mondo scientifico hanno raggiunto un numero tale che il Consiglio federale ha ritenuto opportuno avviare una prima revisione della LPGA incentrata, nel contenuto, sui tre assi principali esposti di seguito.

Lotta agli abusi

In un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie, la fiducia del mondo politico e della popolazione nelle singole assicurazioni assume grande importanza. La fiducia è tanto più forte, quanto maggiore è la consapevolezza che non solo l'attività esecutiva è economica ed efficiente, ma anche che il sistema permette di evitare il più possibile la riscossione indebita di prestazioni. Nel quadro della lotta agli abusi, la presente revisione propone quindi tre misure:

- *sospensione delle prestazioni per le persone che si sottraggono all'esecuzione della pena*: all'origine della mozione Lustenberger (12.3753) vi era una sentenza del Tribunale federale del 30 agosto 2012 (DTF 138 V 281). Il Tribunale amministrativo federale aveva sospeso il versamento della rendita AI a un beneficiario condannato penalmente, perché questi si era sottratto all'esecuzione della pena fuggendo all'estero. Nella sentenza summenzionata, tuttavia, il Tribunale federale aveva accolto il ricorso del beneficiario di rendita AI contro la sentenza del Tribunale amministrativo federale adducendo a motivo che, secondo l'articolo 21 capoverso 5 LPGA, la rendita AI può essere sospesa solo nel periodo in cui l'assicurato subisce la pena. Il beneficiario di rendita in questione si era però sottratto all'esecuzione della pena al momento previsto. Per evitare che in futuro si verificino casi simili, occorre creare una base legale in virtù della quale sia possibile sospendere il versamento delle prestazioni assicurative alle persone che si sottraggono all'esecuzione della pena.
- *miglioramento dei processi per la lotta agli abusi*: nella sessione estiva 2013, nella procedura di appianamento delle divergenze in Parlamento è stato respinto il progetto 1 del secondo pacchetto di misure della 6^a revisione AI (revisione AI 6b)². La mozione del consigliere agli Stati Schwaller (13.3990) chiede, al punto 2, di creare basi legali comuni a tutte le assicurazioni sociali per una maggior efficacia della lotta alle frodi. Nella summenzionata revisione AI 6b erano previste anche disposizioni relative alla lotta agli abusi assicurativi (LAA). La presente revisione adempie il secondo punto della mozione Schwaller riprendendo i punti di quel progetto che concernevano la LPGA e che allora non erano stati contestati in Parlamento.
- *base legale chiara per le osservazioni*: in seguito a una sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo del 18 ottobre 2016, in cui sono stati precisati i requisiti per una base legale relativa alle osservazioni, occorre inserire nella LPGA un nuovo articolo (art. 43a AP-LPGA) concernente lo svolgimento di osservazioni da parte degli assicuratori. Nella controversia in questione, la Corte ha stabilito che nel diritto svizzero (nello specifico, quello in materia di assicurazione contro gli infortuni) non sussiste una base legale sufficiente per tali operazioni di sorveglianza nascosta e ha quindi condannato la Svizzera per violazione dell'articolo 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU). Con il nuovo articolo 43a AP-LPGA s'intende dunque creare una base legale uniforme e sufficientemente determinata per lo svolgimento di osservazioni nel quadro di tutte le assicurazioni sociali rette dalla LPGA.

Adeguamenti al contesto internazionale

L'allegato II dell'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC) coordina le assicurazioni sociali svizzere con quelle degli Stati membri dell'UE.

Dal 1° aprile 2012 (terzo aggiornamento dell'allegato II dell'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone [ALC]³) le **competenze dei diversi organi nazionali** cui è affidata l'esecuzione del diritto di coordinamento europeo non sono più stabilite direttamente negli allegati dei pertinenti regolamenti dell'UE⁴, ma possono essere ricavate unicamente da un elenco elettronico⁵. Per motivi di certezza del diritto e di trasparenza, le attuali competenze internazionali dei diversi organi svizzeri delle assicurazioni sociali vanno esplicitamente codificate, come in altri Stati europei, anche mediante regolamentazioni interne, ragion per cui è opportuno introdurre precisazioni nel diritto nazionale.

Lo scambio elettronico di dati sta progressivamente soppiantando i moduli cartacei utilizzati nei rapporti internazionali nel quadro del coordinamento tra i sistemi di sicurezza sociale (applicazione dell'allegato II dell'ALC). In determinati ambiti, questo passaggio allo scambio elettronico di dati presuppone un adeguamento dell'elaborazione delle informazioni a livello nazionale. Occorre quindi precisare in tal senso le basi legali per lo scambio di dati (nazionale) tra gli organi preposti all'adempimento di obblighi internaziona-

¹ RS 830.1

² Oggetto 11.030.

³ Decisione n. 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345).

⁴ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Modificato da: Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU L 284 del 30.10.2009, pag. 43). Nella versione dell'Allegato II all'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (con all.) – una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS 0.831.109.268.1); Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (con allegati) – una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS 0.831.109.268.11).

⁵ Art. 88 par. 4 del regolamento (CE) n. 987/2009.

li e nei rapporti con l'estero nonché disciplinare l'utilizzo dei dati e dei sistemi d'informazione necessari a tal fine e il finanziamento di questi ultimi.

Sempre in ambito internazionale, la presente revisione offre l'occasione per introdurre una disposizione che codifica espressamente la vigente prassi secondo cui l'Assemblea federale ha la facoltà di approvare convenzioni internazionali di sicurezza sociale. Con decisione del 22 giugno 2016, il Consiglio federale ha presentato una proposta in tal senso, fondandosi su un rapporto dell'Ufficio federale di giustizia sull'applicazione dell'articolo 141 capoverso 1 lettera d numero 3 Cost. concernente il **referendum facoltativo**.

L'aggiornamento dell'allegato II ALC rende necessario un **adeguamento della norma di rinvio** contenuta nella legge del 24 marzo 2006⁶ sugli assegni familiari (LAFam), che dichiara applicabile il diritto di coordinamento nel quadro della LAFam.

Perfezionamento del sistema

Nel presente progetto vengono trattati anche diversi punti che, pur non mostrando particolari legami intrinseci tra loro, perseguono in fondo lo stesso obiettivo, ossia il perfezionamento del sistema e dell'esecuzione della LPGA.

- Per tenere conto della giurisprudenza del Tribunale federale, sono necessari alcuni adeguamenti delle disposizioni in materia di regresso contemplate nella LPGA. L'esercizio del regresso verrà agevolato rafforzando l'obbligo di collaborare degli assicurati. Considerata la recente giurisprudenza del Tribunale federale in materia di responsabilità civile, nell'articolo 74 LPGA occorre completare l'elenco non esaustivo delle prestazioni cui è applicabile il diritto di regresso.
- In seguito alla decisione del Tribunale federale DTF 142 V 20 (sentenza 9C_563/2015 del 7 gennaio 2016), inoltre, è necessario introdurre una precisazione all'articolo 35a capoverso 2, primo periodo della legge federale del 25 giugno 1982⁷ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPP) al fine di chiarire che – in analogia con la pertinente disposizione dell'articolo 25 capoverso 2 LPGA – il termine per la richiesta di restituzione delle prestazioni ricevute indebitamente è un termine di perenzione e non di prescrizione.
- La mozione del gruppo UDC 09.3406 chiede di introdurre l'addebito di spese per le procedure cantonali di ultima istanza in materia di assicurazioni sociali, al fine di ridurre gli incentivi negativi al prolungamento dei procedimenti giudiziari ed evitare ricorsi inutili davanti ai tribunali. Nel corso dei dibattiti parlamentari il testo così assoluto della mozione era stato criticato, in particolare perché attuandolo alla lettera non si terrebbe conto adeguatamente delle esperienze fatte con l'introduzione dell'addebito di spese nelle procedure secondo la legge federale del 19 giugno 1959⁸ sull'assicurazione per l'invalidità (LAI). Nelle sue spiegazioni al Parlamento, il Consiglio federale aveva allora affermato che, in caso di adozione della mozione, avrebbe proposto al Legislativo una disposizione di legge più differenziata rispetto a quanto richiesto nella mozione, tenendo conto in particolare dei risultati dei sondaggi svolti presso i tribunali in merito alle esperienze fatte con l'introduzione dell'addebito di spese nelle procedure dell'AI e [redacted], ad esem[redacted] i un tale addebito nelle procedure legate alle prestazioni complementari non avrebbe senso, dato che continuerebbero a essere i contribuenti a dover assumere queste spese visto il diritto al gratuito patrocinio.

1.2 La normativa proposta

1.2.1 Lotta agli abusi

Dall'entrata in vigore della 5ª revisione AI, il 1º gennaio 2008, l'AI conduce attivamente un'efficace lotta agli abusi assicurativi. Sulla base delle esperienze del settore delle assicurazioni private, l'AI ha sviluppato un processo per lottare contro gli abusi assicurativi (processo LAA), che può essere concettualmente suddiviso in quattro fasi: il riconoscimento dei casi sospetti, lo svolgimento di accertamenti e indagini speciali, l'osservazione degli assicurati quale ultimo strumento di accertamento e acquisizione delle prove e, infine, l'adozione di misure di diritto assicurativo e penale. Le statistiche pubblicate annualmente dall'AI mostrano l'efficienza e la necessità di una lotta agli abusi assicurativi ben organizzata. Nel 2015 l'AI ha avviato indagini in 1900 casi di sospetto abuso assicurativo e ne ha concluse complessivamente 1940. In 540 casi in cui i sospetti si sono rivelati fondati, l'assicurazione ha ridotto o sospeso rendite correnti oppure rifiutato l'assegnazione di nuove rendite. Questo ha permesso di evitare il versamento dell'equivalente di 410 rendite intere, con un risparmio complessivo calcolato a circa 154 milioni di franchi, a fronte di spese pari a circa 8 milioni per il 2015. In questi dati non sono considerati i risparmi per le PC e il 2º pilastro.

Il dispositivo della LAA e l'impiego responsabile dei nuovi strumenti, in particolare quello dell'osservazione, da parte degli uffici AI ha dato buoni risultati nell'attività pratica. In tutti questi anni non si è mai verificata alcuna ingerenza ingiustificata dell'AI nella sfera privata degli assicurati e in sede giudiziaria è sempre stato possibile utilizzare tutti gli elementi acquisiti nel quadro della LAA nel quadro della valutazione delle prove.

La LAA è però un aspetto che già da tempo non concerne più soltanto l'AI. Non da ultimo in seguito ai dibattiti condotti nel quadro della 5ª revisione AI, anche le altre assicurazioni sociali hanno intensificato i loro sforzi nella lotta contro gli abusi assicurativi. Dalla sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo del 18 ottobre 2016 nella causa Vukota-Boijć contro la Svizzera (caso n. 61838/10) nei confronti di un assicuratore infortuni è emerso che, almeno per quanto riguarda le osservazioni, non tutte le assicurazioni operano in virtù di una base legale sufficiente. Occorre pertanto sancire nella LPGA le necessarie basi legali uniformi per la LAA e armonizzare ulteriormente le prescrizioni procedurali nelle assicurazioni sociali.

In ogni assicurazione può succedere che, per diversi motivi, gli assicurati percepiscano prestazioni cui in realtà non avrebbero diritto. Non si tratta sempre di frodi in senso giuridico (ragion per cui si utilizza il termine non giuridico di «abusi assicurativi»).

⁶ RS 836.2
⁷ RS 831.40
⁸ RS 831.20

1.2.1.1 Sospensione del versamento di prestazioni pecuniarie alle persone condannate in base a una decisione passata in giudicato in caso di sottrazione ingiustificata all'esecuzione di una pena o di una misura

Situazione iniziale

In base alla normativa vigente, il versamento di prestazioni pecuniarie con carattere di indennità per perdita di guadagno può essere sospeso durante il periodo in cui la persona condannata subisce la pena o la misura (art. 21 cpv. 5 LPGa). Con questa disposizione il legislatore intendeva garantire che, durante la pena detentiva, un beneficiario di rendita non si trovasse in una situazione migliore di una persona che non percepisce alcuna rendita e svolge abitualmente un'attività lucrativa. Poiché quest'ultimo non può lavorare durante la pena detentiva, non gli devono nemmeno essere versate prestazioni pecuniarie aventi carattere di indennità di perdita di guadagno.

Nella DTF 138 V 281, il Tribunale federale era chiamato a decidere se si dovesse continuare a versare la rendita AI a un beneficiario di rendita che era stato condannato con una decisione passata in giudicato e si era trasferito all'estero, sottraendosi quindi illecitamente all'esecuzione della pena. Il Tribunale amministrativo federale si era espresso negativamente al riguardo, tra l'altro adducendo il fatto che un assicurato che agisce in modo illegale non deve poter trarre benefici. Su questo punto, pur concordando con l'autorità inferiore, il Tribunale federale è però giunto alla conclusione che si doveva continuare a versare la rendita AI al condannato, poiché la sua pena *non* era stata eseguita. Considerato il tenore dell'articolo 21 capoverso 5, secondo cui il versamento di prestazioni pecuniarie con carattere di indennità per perdita di guadagno va sospeso «durante questo periodo», ovvero durante il periodo in cui l'assicurato subisce la pena o la misura, il Tribunale federale è partito dal presupposto che il legislatore volesse limitare la sospensione della rendita al periodo della pena detentiva, e non più a lungo. La sentenza summenzionata ha indotto il consigliere nazionale Lustenberger a depositare la mozione 12.3753.

Nuova regolamentazione

La situazione sopra descritta è considerata deplorabile da tutti; la riformulazione dell'articolo 21 capoverso 5 LPGa consentirà di evitare che in futuro essa si ripeta. La nuova disposizione prevede la sospensione del versamento di prestazioni pecuniarie con carattere di indennità per perdita di guadagno alle persone condannate in base a una decisione passata in giudicato anche nel caso in cui queste si sottraggano ingiustificatamente all'esecuzione della pena o della misura stabilita. Per la sospensione delle prestazioni è determinante il momento in cui l'esecuzione della pena o della misura avrebbe dovuto iniziare.

1.2.1.2 Miglioramento dei processi per la lotta agli abusi

Situazione iniziale

Dalle esperienze pratiche dell'AI è emerso che su certi punti procedurali connessi con la LAA vi è una necessità d'intervento a livello legislativo. Nel messaggio sulla revisione AI 6b, il Consiglio federale aveva pertanto sottoposto al Parlamento proposte in tal senso, tra cui la sospensione cautelare delle prestazioni in caso di sospetto fondato di abuso o la proroga del termine per la richiesta di restituzione di prestazioni percepite indebitamente. Il Parlamento ha respinto questa revisione nell'estate del 2013. Il 16 settembre 2014 esso ha accolto la mozione Schwaller (13.3990 «Assicurazione per l'invalidità. Urge un risanamento duraturo»), del 27 settembre 2013, il cui punto 2 chiede «la creazione di basi legali comuni a tutte le assicurazioni sociali per una maggior efficacia della lotta alle frodi».

Nuova regolamentazione

Le pertinenti disposizioni che non erano state contestate nel quadro della revisione AI 6b vengono quindi riprese nel presente progetto di revisione. Si tratta in particolare di quella concernente la sospensione cautelare delle prestazioni nel caso in cui vi sia il sospetto fondato che l'assicurato le abbia ottenute indebitamente o abbia violato l'obbligo di notificazione. Già oggi le assicurazioni ricorrono a questa possibilità, ma i tribunali si esprimono in modo eterogeneo sulla legittimità di questa misura e sulla sua base legale. Nell'interesse della certezza giuridica, è pertanto necessaria una base legale chiara.

Sono state riprese anche le disposizioni concernenti il termine per la richiesta di restituzione di prestazioni percepite indebitamente, che per esperienza è spesso troppo breve per poter svolgere accertamenti approfonditi.

Per quanto riguarda la revoca dell'effetto sospensivo dei ricorsi, va stabilito esplicitamente che essa vale anche quando la decisione concerne una prestazione pecuniaria. La codificazione dell'attuale prassi giudiziaria è intesa a garantire la certezza del diritto.

Infine, le spese supplementari derivanti dalla lotta contro la riscossione indebita delle prestazioni – anche e soprattutto quelle per le osservazioni – devono poter essere addebitate all'assicurato, se ciò è giustificato.

Questi adeguamenti legali adempiono il secondo punto della mozione Schwaller.

1.2.1.3 Base legale chiara per le osservazioni

Situazione iniziale

Finora, in caso di sospetto fondato, i vari assicuratori svolgevano osservazioni su beneficiari di prestazioni nello spazio pubblico richiamandosi alle regole procedurali generali in materia di accertamento dei fatti, sancite in parte nella LPGa (art. 43 LPGa) e in parte in leggi speciali (art. 96 lett. b della legge federale del 20 marzo 1981⁹ sull'assicurazione contro gli infortuni [LAINF] e art. 59 cpv. 5 LAI). Mentre il Consiglio federale nel suo messaggio del 30 maggio 2008 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (FF 2008 4703) ha trattato la questione – controversa nella dottrina – della liceità delle osservazioni, proponendo un'ampia e chiara regolamentazione legale, che poi però non è stata adottata, a partire dal 2009 il Tribunale federale ha confermato nella sua giurisprudenza le basi giuridiche vigenti, valutandole sufficienti per lo svolgimento di osservazioni (cfr. DTF 135 I 169 o 137 I 327). Per contro, nella sua sentenza del 18 ottobre 2016 nella causa Vukota-Boijć contro la Svizzera

⁹ RS 832.20

(caso n. 61838/10) la Corte europea dei diritti dell'uomo è giunta alla conclusione che un'osservazione comporta un'ingerenza nell'ambito tutelato dal diritto al rispetto della vita privata e familiare (art. 8 CEDU e, nel diritto nazionale, art. 13 Cost.). Secondo la Corte, tale limitazione di un diritto fondamentale è ammessa solo se vi è una base legale che stabilisce in modo sufficientemente chiaro e concreto i presupposti e le modalità di un'osservazione, il che non era il caso nella fattispecie in esame.

Nuova regolamentazione

Affinché gli assicuratori possano tornare a utilizzare al più presto l'importante ed efficiente strumento dell'osservazione, nel quadro della presente revisione sarà creata una base legale che renda le limitazioni della sfera privata derivanti da osservazioni compatibili con le prescrizioni della CEDU e della Costituzione federale, e quindi ammissibili. Per garantire l'auspicata uniformità della base legale per la LAA, questa sarà sancita nella LPGa. L'articolo 43a AP-LPGA consentirà agli assicuratori di osservare una persona, per al massimo 20 giorni, se in base a indizi concreti si può presumere che questa percepisca o cerchi di percepire prestazioni indebitate. Questa disposizione disciplinerà, in linea con la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, anche l'utilizzo successivo del materiale raccolto durante l'osservazione.

1.2.2 Adeguamenti al contesto internazionale

1.2.2.1 Scambio di dati internazionale e regolamentazione delle competenze nel quadro del coordinamento tra i sistemi di sicurezza sociale nei rapporti con l'estero

Situazione iniziale

L'assistenza amministrativa e giudiziaria internazionale nell'ambito delle assicurazioni sociali è disciplinata in convenzioni internazionali di sicurezza sociale. La Svizzera coordina le sue assicurazioni sociali con quelle degli Stati membri dell'UE nel quadro dell'allegato II dell'ALC. Ad oggi, le informazioni vengono scambiate tramite moduli in formato cartaceo. Tale scambio di dati è però complicato e causa un onere considerevole. Dal 1° aprile 2012, data del terzo aggiornamento dell'allegato II ALC¹⁰, nei rapporti con gli Stati membri dell'UE la Svizzera applica il regolamento (CE) n. 883/2004¹¹, che contiene le basi giuridiche per l'introduzione di uno scambio elettronico di dati in sostituzione dei moduli cartacei (EESSI: *Electronic Exchange of Social Security Information*). Come tutti gli altri Stati aderenti a questo sistema, la Svizzera s'impegna a mettere a disposizione l'infrastruttura necessaria in questo contesto e, in particolare, a predisporre e gestire i punti d'accesso e le interfacce necessari per lo scambio elettronico di dati con l'estero. In determinati ambiti, il passaggio allo scambio elettronico di dati presuppone un adeguamento dell'elaborazione delle informazioni a livello nazionale. Verrà quindi creata un'infrastruttura appropriata a livello nazionale, con l'introduzione di nuovi sistemi d'informazione nazionali che consentiranno il collegamento a EESSI.

Nuova regolamentazione

In virtù dell'obbligo del segreto sancito all'articolo 33 LPGa, per lo scambio di dati è necessaria una base legale esplicita. Con l'introduzione di EESSI e dei nuovi sistemi d'informazione nazionali, lo scambio di informazioni tra gli assicuratori svizzeri non si svolgerà più per iscritto o su richiesta nel caso specifico. Occorre pertanto introdurre una nuova base legale esplicita per lo scambio di dati interno in relazione con l'adempimento dei compiti nel quadro di convenzioni internazionali.

Inoltre, sono necessarie disposizioni concernenti l'utilizzo e il finanziamento di questi nuovi sistemi nazionali d'informazione.

Come gli altri Stati europei, la Svizzera è tenuta a predisporre l'infrastruttura necessaria per lo scambio di dati elettronico a livello nazionale. In particolare, lo scambio di dati avverrà tramite punti d'accesso nazionali, che fungeranno da portali elettronici dei singoli Stati. Nel diritto nazionale vanno pertanto previste le competenze per lo sviluppo e la gestione di queste infrastrutture e le modalità per disciplinarne il finanziamento.

L'articolo 75a AP-LPGA contemplerà inoltre disposizioni sulla regolamentazione delle competenze nazionali per i compiti derivanti da convenzioni internazionali di sicurezza sociale. Dato che, in particolare nel quadro del diritto di coordinamento europeo, i competenti organi nazionali non sono più indicati negli allegati dei pertinenti regolamenti dell'UE, ma figurano solo in un elenco elettronico, è opportuno disciplinare tali competenze nel diritto nazionale.

1.2.2.2 Competenza di approvare convenzioni internazionali di sicurezza sociale

Situazione iniziale

Sulla base dell'articolo 141 vCost. sul referendum facoltativo, le convenzioni di sicurezza sociale non sottostavano a referendum facoltativo. Dall'entrata in vigore della modifica dell'articolo 141 capoverso 1 lettera d numero 3, nel 2003, vi sottostanno *i trattati internazionali comprendenti disposizioni importanti che contengono norme di diritto o per l'attuazione dei quali è necessaria l'emanazione di leggi federali*. Per l'applicazione di questo articolo, sin dall'inizio si è instaurata una prassi relativa a determinate convenzioni (convenzioni sulla doppia imposizione, accordi di libero scambio, accordi di promozione e protezione reciproche degli investimenti, convenzioni di sicurezza sociale), che esclude la possibilità del referendum facoltativo per i trattati comprendenti disposizioni che non creano obblighi più ampi rispetto a numerosi trattati analoghi già conclusi dalla Svizzera. Tali accordi sono comunemente designati come «accordi standard». Tutte le convenzioni di sicurezza sociale concluse dalla Svizzera si fondano in effetti sullo stesso modello, applicato unanimemente a livello internazionale e più volte approvato dal Parlamento. Le convenzioni di sicurezza

¹⁰ Decisione n. 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345).

¹¹ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Modificato da: Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (GU L 284 del 30.10.2009, pag. 43). Nella versione dell'Allegato II all'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (con all.) – una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS 0.831.109.268.1); Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (con allegati) – una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS 0.831.109.268.11).

sociale sono accordi di coordinamento il cui scopo è evitare che i cittadini di uno Stato contraente siano penalizzati nel momento in cui si spostano nell'altro Stato.

Nuova regolamentazione

Il Parlamento ha già seguito più volte la prassi prevista per gli accordi standard. Il Consiglio federale ha incaricato l'Ufficio federale di giustizia di analizzare tale prassi (cfr. il rapporto dell'UFG del 29 agosto 2014 *Evoluzione successiva al 2003 della prassi del Consiglio federale e dell'Assemblea federale in materia di referendum facoltativo sui trattati internazionali*). Quest'ultimo è giunto alla conclusione che l'attuale prassi va abbandonata, poiché il criterio della novità rispetto agli accordi precedentemente approvati non può essere utilizzato per la valutazione dell'importanza delle disposizioni ai sensi dell'articolo 141 capoverso 1 lettera d numero 3 Cost. Con decisione del 22 giugno 2016 il Consiglio federale ha preso atto di questo rapporto e ha deciso che il fatto che un accordo internazionale non crei obblighi più ampi rispetto ad altri atti normativi di contenuto analogo già ratificati dalla Svizzera non è più determinante per valutare se un accordo debba o meno sottostare a referendum facoltativo. Ha inoltre incaricato i dipartimenti di elaborare norme di delega settoriali in favore del Consiglio federale o dell'Assemblea federale affinché essi abbiano la facoltà, laddove necessario, di approvare trattati internazionali mediante decreto federale semplice. Le norme di delega vanno stabilite in un atto normativo, che invece sottostà a referendum facoltativo. Nelle diverse leggi in materia di assicurazioni sociali sarà pertanto introdotta una disposizione in virtù della quale l'Assemblea federale avrà la facoltà di approvare convenzioni internazionali di sicurezza sociale mediante decreto federale semplice. Tali trattati internazionali continuerebbero dunque a necessitare dell'approvazione dell'Assemblea federale e a non sottostare a referendum facoltativo, ma la procedura avrebbe infine un fondamento legale. La delega di competenze all'Assemblea federale codifica in un certo qual modo l'attuale prassi in materia di accordi standard e le conferisce la necessaria base legale.

1.2.2.3 Adeguamento della norma di rinvio nella legge sugli assegni familiari

Situazione iniziale

La Svizzera coordina le sue assicurazioni sociali con quelle degli Stati membri dell'UE nel quadro dell'allegato II ALC. Le disposizioni del diritto di coordinamento europeo si applicano in aggiunta alle prescrizioni legali nazionali e prevalgono su di esse, se di tenore contrario.

Affinché le disposizioni di coordinamento concordate nell'ALC siano valide parallelamente alle prescrizioni legali nazionali e prevalgano su disposizioni legali contrarie, in ogni legge in materia di assicurazioni sociali è stato precisato che l'Accordo e gli atti giuridici ivi designati sono vincolanti (cfr. messaggio concernente l'approvazione degli accordi settoriali tra la Svizzera e la CE, FF 1999 5092, n. 275.211). Queste cosiddette norme di rinvio vanno aggiornate in tutte le leggi interessate e completate con i nuovi atti giuridici indicati nell'Accordo. La maggior parte delle leggi in materia di assicurazioni sociali è stata adeguata al momento dell'entrata in vigore dell'estensione dell'ALC alla Croazia (cfr. decreto federale del 17 giugno 2016 che approva e traspone nel diritto svizzero il Protocollo relativo all'estensione alla Croazia dell'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone; RU 2016 5233). Dato che in quell'occasione si è ommesso di aggiornare la norma di rinvio della LAFam, l'adeguamento sarà effettuato nel quadro della presente revisione.

Nuova regolamentazione

Dall'entrata in vigore dell'ALC, l'allegato II dell'Accordo è stato adeguato con quattro decisioni del Comitato misto: decisione n. 2/2003 del 15 luglio 2003 (RU 2004 1277), decisione n. 1/2006 del 6 luglio 2006 (RU 2006 5851), decisione n. 1/2012 del 31 marzo 2012 (RU 2012 2345) e decisione n. 1/2014 del 28 novembre 2014 (RU 2015 333).

Il Consiglio federale ha di volta in volta approvato, nell'ambito delle sue competenze, gli aggiornamenti dell'allegato II ALC che precisano i principi di coordinamento e la loro esecuzione tecnica e non richiedono adeguamenti materiali a livello di legge. L'aggiornamento dei rimandi all'allegato II ALC e agli atti giuridici dell'UE in esso indicati contenuti nelle singole leggi in materia di assicurazioni sociali è invece di competenza dell'Assemblea federale.

Lo stesso vale, per analogia, per l'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS.

1.2.3 Perfezionamento del sistema

1.2.3.1 Adeguamenti delle disposizioni in materia di regresso

Dalla prassi dei regressi delle assicurazioni sociali è emerso che queste non sempre dispongono di mezzi sufficientemente efficaci in questo contesto. Succede continuamente, ad esempio, che gli assicurati non forniscano i dati necessari per l'azione di regresso. L'avamprogetto propone di allineare l'obbligo di collaborare degli assicurati nel quadro del regresso con gli obblighi relativi all'accertamento del diritto alle prestazioni, senza andare oltre. Se un'assicurazione sociale riduce le proprie prestazioni, il diritto al risarcimento del danno per responsabilità civile viene ripartito in fase di regresso secondo la regola della ripartizione delle quote di cui all'articolo 73 capoverso 2 tra il diritto del danneggiato e quello dell'assicurazione sociale che promuove l'azione di regresso. L'articolo 73 capoverso 2 LPGa contiene rimandi alle riduzioni di prestazioni secondo l'articolo 21, cui per completezza va aggiunto un rimando al capoverso 4 (riduzione delle prestazioni a causa della violazione dell'obbligo di ridurre il danno da parte dell'assicurato). Le assicurazioni sociali sono surrogate per legge (per la surrogazione cfr. art. 72) nel diritto del danneggiato a prestazioni congruenti versate a titolo di risarcimento del danno secondo il diritto della responsabilità civile. La surrogazione si limita all'ammontare delle prestazioni versate dalle assicurazioni sociali al danneggiato. L'articolo 74 capoverso 2 stabilisce le prestazioni delle assicurazioni sociali e quelle di responsabilità civile considerate congruenti. Secondo la più recente giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 126 III 41 segg.), le assicurazioni sociali (assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e AVS) sono surrogate nei diritti dell'assicurato per una determinata parte delle prestazioni versate a titolo di risarcimento del danno pensionistico secondo il diritto della responsabilità civile, ragion per cui l'elenco non esaustivo delle prestazioni congruenti è adeguato di conseguenza. Anche le spese supplementari generalmente sostenute per l'accertamento del danno rientrano tra i danni da risarcire secondo il diritto della responsabilità civile: si tratta sia delle spese per l'accertamento della causa del danno che di quelle per l'accertamento del suo importo. Secondo la sentenza del Tribunale federale 4C.374/2005 del 10 gennaio 2006 (consid. 3.5), le spese sostenute dalle assicurazioni sociali per accertamenti professionali e perizie mediche possono essere fatte valere in via di regresso e vanno dunque aggiunte all'elenco delle prestazioni congruenti.

1.2.3.2 Restituzione delle prestazioni ricevute indebitamente

Con l'articolo 35a capoverso 2, primo periodo AP-LPP viene chiarito che il termine per la richiesta di restituzione delle prestazioni ricevute indebitamente è un termine di perenzione e non di prescrizione (a differenza del termine di prescrizione, il termine di perenzione non può essere né sospeso né interrotto). Questo chiarimento si è reso necessario in seguito a una recente decisione del Tribunale federale (DTF 142 V 20), secondo cui dal tenore della legge si può dedurre che si tratti di un termine di prescrizione e non di perenzione.

Con la sostituzione di «si prescrive» con «si estingue», verrà espressamente sancito nella legge che si tratta di un termine di perenzione. Per attuare il coordinamento inizialmente previsto tra il 2° e il 1° pilastro, il termine di perenzione sarà inoltre prorogato da uno a tre anni (in analogia all'art. 25 cpv. 2 AP-LPGA).

1.2.3.3 Addebito di spese per le procedure giudiziarie cantonali

Situazione iniziale e punti oggetto di dibattito

Il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati hanno adottato, rispettivamente il 12 aprile 2011 e il 21 febbraio 2012, la mozione del gruppo UDC 09.3406 Spese per le procedure davanti ai tribunali cantonali delle assicurazioni, che prevede l'addebito di spese per tutte le procedure davanti ai tribunali cantonali delle assicurazioni sociali. Adottando questa mozione, il Parlamento è così tornato sulla sua decisione di sancire il principio della gratuità della procedura nell'ambito delle assicurazioni sociali, principio introdotto con l'entrata in vigore della LPGA nel 2003. Nel 2006 esso era stato relativizzato con l'introduzione di spese d'importo moderato in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni dell'AI (art. 69 cpv. 1^{bis} LAI). Del resto, già oggi le procedure relative alle prestazioni di assicurazioni sociali davanti al Tribunale federale sono soggette a una tassa di giustizia d'importo compreso tra 200 e 1000 franchi (art. 65 cpv. 4 lett. a della legge del 17 giugno 2005¹² sul Tribunale federale [LTF]).

Nel quadro dei dibattiti parlamentari è emersa la volontà di privilegiare una soluzione differenziata per le procedure di ricorso rispetto a una generalizzata, poiché attuando alla lettera il testo della mozione non si terrebbe conto adeguatamente delle esperienze fatte con l'introduzione dell'addebito di spese per le procedure giudiziarie cantonali relative alle prestazioni dell'AI. Da un sondaggio svolto presso i tribunali cantonali delle assicurazioni sociali è infatti emerso che la maggioranza di essi è contraria all'introduzione generalizzata dell'addebito di spese nelle procedure dell'AI, dato che questa non ha prodotto gli effetti auspicati. Inoltre, non appare ragionevole introdurre un addebito di spese per tutte le procedure delle assicurazioni sociali, né tantomeno un quadro di spesa fisso. In effetti, nell'ambito delle prestazioni complementari, ad esempio, le spese giudiziarie saranno comunque oggetto del gratuito patrocinio. Per queste procedure l'addebito di spese non avrebbe quindi senso. Per quanto concerne i ricorsi interposti presso i tribunali cantonali delle assicurazioni sociali in merito a controversie sull'AVS, quelle in materia di contributi sono notevolmente più frequenti di quelle in materia di prestazioni. Dati gli importi generalmente elevati delle controversie in materia di contributi, l'effetto deterrente di spese comprese fra 200 e 1000 franchi sarebbe praticamente nullo e non permetterebbe quindi di raggiungere l'auspicata riduzione del numero di ricorsi inutili davanti ai tribunali.

Proposta del Consiglio federale

Nel quadro del presente progetto, pertanto, il Consiglio federale pone in consultazione **due varianti**. Entrambe prevedono l'addebito di spese in caso di controversie relative a contributi. Per i ricorsi in caso di controversie relative a prestazioni, invece, il Consiglio federale propone due opzioni: la variante 1 prevede una soluzione differenziata che dà la possibilità di tenere conto delle peculiarità delle singole assicurazioni sociali e di disciplinare di conseguenza nelle leggi speciali l'addebito di spese e il relativo importo; la variante 2, invece, prevede un'entità delle spese fissa compresa fra 200 e 1000 franchi, ed è quindi più vicina al testo della mozione.

Se sono soddisfatte le condizioni per il gratuito patrocinio, la procedura di ricorso continuerà ad essere gratuita per gli assicurati (con riserva di una successiva restituzione), come negli altri ambiti del diritto amministrativo. In tal modo, si intende tener conto delle peculiarità dei singoli casi e, al contempo, garantire che anche le persone con poche risorse finanziarie possano adire i tribunali.

1.3 Interventi parlamentari

Nel suo messaggio, il Consiglio federale proporrà di togliere dal ruolo gli interventi parlamentari elencati di seguito.

Mozione Lustenberger 12.3753

Con il presente progetto di revisione viene interamente soddisfatta la richiesta della mozione Lustenberger 12.3753, in quanto le prestazioni pecuniarie con carattere di indennità per perdita di guadagno potranno essere sospese anche quando gli assicurati si sottraggono all'esecuzione di una pena o di una misura o la ritardano ingiustificatamente, a partire dal momento in cui l'esecuzione avrebbe dovuto iniziare.

Mozione del gruppo UDC 09.3406

Prevedendo l'introduzione di un addebito di spese differenziato per le procedure cantonali di ultima istanza, il presente progetto tiene conto della richiesta della mozione del gruppo UDC 09.3406.

Mozione Schwaller 13.3990

La mozione Schwaller 13.3990 «Assicurazione per l'invalidità. Urge un risanamento duraturo», trasmessa al Consiglio federale il 16 settembre 2014, contempla tre punti, per ciascuno dei quali è proposto lo stralcio dal ruolo in un progetto a sé stante. Il punto 1 – «Estinzione progressiva del debito del fondo AI nei confronti del fondo AVS (entro il 2028) anche dopo la fine del periodo di finanziamento aggiuntivo (aumento temporaneo dell'IVA)» – sarà adempiuto nel quadro della legge sui fondi di compensazione. Il pun-

¹² RS 173.110

to 3 – «Perfezionamento dei provvedimenti finalizzati a mantenere o reintegrare sul mercato del lavoro le persone disabili con particolare attenzione ai disabili psichici» – sarà adempiuto con il progetto Ulteriore sviluppo dell’AI.

Con l’introduzione delle disposizioni relative alla LAA nel presente progetto sarà invece adempiuto l’ultimo punto della mozione rimasto in sospeso, ovvero il punto 2.

2 Commento ai singoli articoli

2.1 Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA)

Art. 7 cpv. 1

Questa modifica concerne soltanto il testo francese, che va adeguato ai testi tedesco e italiano.

Art. 21 cpv. 5

L’articolo 21 capoverso 5 LPGA stabilisce che il versamento di prestazioni pecuniarie dell’AI o dell’assicurazione contro gli infortuni è sospeso a partire dal momento in cui l’assicurato subisce una pena o una misura (cfr. n. 1.2.1). Poiché la sospensione della rendita dell’AI comporta la sospensione della rendita d’invalidità secondo la LPP, questa regolamentazione si applica di fatto anche alla LPP, sebbene questa legge non rientri per principio nel campo d’applicazione della LPGA. La disposizione proposta stabilisce che il versamento di prestazioni pecuniarie con carattere di indennità per perdita di guadagno è sospeso anche nel caso in cui l’assicurato si sia sottratto all’esecuzione, a partire dal momento in cui la pena o la misura avrebbe dovuto essere eseguita. Se invece l’esecuzione della misura o della pena è stata rinviata d’intesa con le autorità competenti, il versamento della rendita d’invalidità è sospeso a partire dal momento dell’esecuzione effettiva. La sospensione della rendita concerne solo la persona che percepisce la rendita principale. Le prestazioni per i familiari, quali ad esempio le rendite per i figli, continuano invece a essere versate durante il periodo di sospensione (9C_256/2009 consid. 4).

Art. 25 cpv. 2, primo periodo

Nella prassi, il «momento in cui l’istituto d’assicurazione ha avuto conoscenza del fatto», determinante per il diritto di esigere la restituzione (art. 25 LPGA), è interpretato in maniera molto restrittiva. La conoscenza effettiva del fatto non è richiesta: secondo la giurisprudenza, infatti, l’assicuratore è ritenuto a conoscenza del fatto dal momento in cui avrebbe dovuto rendersi conto, dando prova dell’attenzione ragionevolmente esigibile, che le condizioni per una richiesta di rimborso erano soddisfatte (cfr. Kieser, *ATSG-Kommentar*, Zurigo 2015, art. 25, N. 56). Tuttavia, quando un assicurato ha ottenuto o tentato di ottenere prestazioni indebite, il termine di un anno così interpretato risulta essere troppo corto: non di rado, infatti, sono necessarie investigazioni più approfondite per poter ricostruire i fatti con sufficiente certezza ed esser sicuri che la prestazione sia stata ottenuta indebitamente. Spesso la sospensione delle prestazioni indebite avviene troppo tardi, cioè quando sono versate già da molto tempo. Del resto, non è sempre possibile né ragionevole sospenderle. Inoltre, poiché l’attuale disposizione rende impossibile chiedere la restituzione di prestazioni non soltanto nel quadro degli abusi assicurativi ma anche in altri casi particolari (p. es. l’aiuto in capitale dell’AI), il termine di prescrizione va prorogato a tre anni. Tale proroga appare opportuna dato che anche nel quadro della modifica del Codice delle obbligazioni (diritto in materia di prescrizione, cfr. relativo messaggio del 29 novembre 2013) è stato proposto di prorogare i termini di prescrizione relativi da un anno a tre anni.

Art. 28 cpv. 2 e 3, primo periodo

Cpv. 2: l’assicurato deve fornire indicazioni su dinamica dell’evento, terzi responsabili, testimoni e assicurazioni di responsabilità civile, affinché l’assicuratore sociale interessato possa verificare se sussista o meno un caso di regresso. Nella prassi accade spesso che gli assicurati non forniscano i dati necessari per il regresso. La modifica proposta crea le basi legali necessarie affinché l’assicurato sia tenuto a collaborare non solo per accertare il diritto alle prestazioni, ma anche per stabilire il diritto al regresso. Se l’assicurato rifiuta di collaborare, si applica la procedura di diffida e termine di riflessione secondo l’articolo 43 capoverso 3.

Cpv. 3, primo periodo: firmando il modulo di richiesta, l’assicurato autorizza tutte le persone e gli organi coinvolti a fornire le informazioni necessarie per l’accertamento del diritto e l’esercizio del regresso contro terzi. Manca tuttavia una base legale che imponga all’assicurato l’obbligo di fornire informazioni anche in relazione con la procedura di regresso. In futuro tale obbligo sarà previsto in virtù dell’aggiunta apportata all’articolo 28 capoverso 3.

Art. 32 cpv. 3

Per adempiere i loro obblighi internazionali, gli organi nazionali delle assicurazioni sociali hanno bisogno di scambiarsi informazioni. Queste sono necessarie per fornire le prestazioni, pagare i contributi, individuare le persone e gli organi competenti, determinare il percorso assicurativo e svolgere gli accertamenti relativi alla validità giuridica dei diritti. Secondo le norme giuridiche nazionali applicabili, ad esempio, le casse di compensazione AVS devono comunicare agli assicuratori di tutti i rami se una persona sia soggetta o meno alla legislazione svizzera sulla sicurezza sociale. Solo così si può infatti determinare l’obbligo assicurativo nei singoli rami assicurativi. Un altro scambio di informazioni necessario è quello tra gli enti responsabili delle singole assicurazioni e i loro organismi di collegamento con l’estero, affinché questi ultimi possano adempiere i loro compiti secondo le pertinenti convenzioni. Anche per quanto concerne la determinazione delle prestazioni occorre una comunicazione di dati tra i diversi organi interessati per poter adempiere gli obblighi internazionali. Per trattare le domande di rendite estere, ad esempio, l’Ufficio centrale di compensazione necessita di dati della cassa di compensazione AVS o dell’ufficio AI competente.

Nell’ambito delle assicurazioni sociali vige il principio dell’obbligo del segreto: una comunicazione di dati può avvenire solo se una pertinente base legale prevede una deroga. La soppressione dell’obbligo del segreto è prevista sia nel quadro delle disposizioni sull’assistenza amministrativa e giudiziaria dell’articolo 32 LPGA che in ciascuna legge speciale in un articolo «Comunicazione di dati». Queste disposizioni consentono tuttavia la comunicazione di dati o solo su richiesta scritta in singoli casi o in casi che implicano enti di diversi rami assicurativi, qualora l’obbligo di comunicazione sia sancito da una legge federale. Se l’obbligo del segreto non impedisce lo scambio di dati nei casi in cui quest’ultimo è indispensabile per l’applicazione delle leggi in questione, manca però una regolamentazione per lo scambio di dati necessario per l’adempimento di compiti nel quadro di convenzioni internazionali.

In futuro lo scambio di informazioni tra Stati sarà effettuato sistematicamente su base elettronica. Questo presuppone alcuni adeguamenti anche a livello nazionale. L'introduzione di determinati sistemi nazionali d'informazione, ad esempio, agevolerà lo scambio elettronico di dati con l'estero. La comunicazione dei dati tra gli assicuratori e gli organi competenti svizzeri non potrà quindi più avvenire solo su specifica richiesta o per iscritto, in quanto si tratta di un'attività di massa che richiede un flusso di informazioni sistematico.

La disposizione di questo capoverso dovrà dunque prevedere, in deroga al principio dell'obbligo del segreto, la comunicazione dei dati necessari affinché gli organi competenti possano adempiere i loro compiti nel quadro di convenzioni internazionali; contrariamente a quanto sancito dalle disposizioni generali sull'assistenza amministrativa e giudiziaria, questa non sarà effettuata solo per iscritto e su specifica richiesta.

Per rispettare il principio della proporzionalità, la comunicazione dovrà essere limitata ai dati necessari per l'adempimento dei compiti previsti nelle convenzioni pertinenti. Il Consiglio federale dovrà disciplinare i dettagli. A livello di ordinanza andranno regolamentati anche i sistemi nazionali d'informazione previsti nel quadro di EESSI, in particolare il loro scopo, la natura e l'entità del trattamento e della comunicazione dei dati nonché la sicurezza dei dati. Nel caso di sistemi d'informazione che prevedano la comunicazione di dati degni di particolare protezione o di profili della personalità mediante procedura di richiamo o il trattamento di dati degni di particolare protezione, andrebbero previste regolamentazioni ulteriori a livello di legge per garantire il rispetto delle prescrizioni in materia di protezione dei dati.

Art. 37 cpv. 4, secondo periodo

Il diritto al gratuito patrocinio sancito dalla Costituzione non prevede una rinuncia definitiva dello Stato a chiedere il rimborso delle spese anticipate al beneficiario. Per principio, dunque, se la situazione economica di quest'ultimo migliora, lo Stato può chiedergli il rimborso di tali spese. A tal fine è però necessaria una base legale. Questa esiste già per le procedure dinanzi al Tribunale federale (art. 64 cpv. 4 LTF), al Tribunale amministrativo federale (art. 37 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF] in combinato disposto con l'art. 65 cpv. 4 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa [PA]) e ai tribunali cantonali. Affinché il rimborso del gratuito patrocinio possa essere richiesto anche per le procedure di prima istanza, andrà introdotta una disposizione in tal senso nella LPGA.

Art. 43a

Nella sua sentenza del 18 ottobre 2016 nella causa Vukota-Bojić contro la Svizzera (caso n. 61838/10), la Corte europea dei diritti dell'uomo ha constatato che l'assicurazione contro gli infortuni non dispone di una base legale per l'osservazione degli assicurati. L'articolo 43a AP-LPGA sarà la base legale che, una volta in vigore, permetterà a tutte le assicurazioni sociali rette dalla LPGA di procedere a osservazioni. Dalla sentenza summenzionata risulta che la base legale deve definire le circostanze che giustificano un'osservazione, la sua durata massima, la procedura di autorizzazione, la comunicazione, la conservazione e la soppressione dei dati nonché l'accesso da parte di terzi.

L'articolo 43a AP-LPGA fa riferimento a tutti questi criteri. Per contro, per l'accesso da parte di terzi non è necessario prevedere una disposizione supplementare, poiché gli articoli 32 e 47 LPGA così come le leggi speciali (p. es. art. 50a LAVS) disciplinano in maniera esaustiva la comunicazione dei dati nell'ambito delle assicurazioni sociali. Trattandosi di dati molto sensibili (dati di natura medica, economica ecc.), la regolamentazione della comunicazione a terzi è molto restrittiva: salvo eccezioni, essa avviene su richiesta scritta e motivata e si limita ai dati necessari per lo scopo in questione.

Cpv. 1: questo capoverso disciplina le circostanze che giustificano un'osservazione, menzionando in particolare le condizioni da soddisfare affinché essa possa essere svolta, i luoghi in cui l'assicurato può essere osservato e i mezzi utilizzabili a tal fine.

Un'osservazione presuppone la presenza di indizi concreti in base ai quali si può presumere che la persona in questione percepisca o cerchi di percepire una prestazione indebita. La nozione di «indizi concreti» è ripresa dall'articolo 282 capoverso 1 lettera a Codice di procedura penale (CPP) e dalla giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 137 I 327 consid. 5.4.2.1, 136 III 410 consid. 4.2.1).

Il riferimento del capoverso 1 alle persone che percepiscono o cercano di percepire prestazioni indebite ricalca invece la condizione prevista all'articolo 44a capoverso 1 proposto a suo tempo nel quadro della revisione della LAINF (cfr. FF 2008 4771, in particolare pag. 4788).

Per osservazione s'intende la sorveglianza sistematica di eventi o persone per un determinato lasso di tempo e la registrazione dei risultati ottenuti (mediante fotografie, video e/o rapporti di sorveglianza) in vista del loro utilizzo nel quadro della procedura di accertamento.

Per principio, un'osservazione rappresenta un'ingerenza nei diritti fondamentali dell'assicurato. Per questo motivo e conformemente al principio della proporzionalità, prima di procedere a un'osservazione l'amministrazione deve assicurarsi che altri provvedimenti di accertamento non avrebbero alcuna probabilità di successo o sarebbero eccessivamente difficili da attuare. Questa regola ricalca l'articolo 282 capoverso 1 lettera b CPP.

Cpv. 2: le persone sospette possono essere osservate in luoghi accessibili al pubblico o liberamente visibili da un luogo accessibile al pubblico: secondo la DTF 137 I 327, si può presumere che un assicurato che svolge volontariamente un'attività in un luogo liberamente visibile da tutti rinunci alla protezione della propria sfera privata. Liberamente visibile da chiunque significa che l'attività deve essere riconoscibile a occhio nudo a un dato momento. L'interno dell'immobile in cui vive l'assicurato non costituisce pertanto un luogo liberamente visibile da un luogo accessibile al pubblico (non è p. es. ammesso svolgere un'osservazione nella tromba delle scale o nella lavanderia, cfr. sentenza 8C_829/2011 del 9 marzo 2012).

Cpv. 3: un'osservazione può essere svolta per al massimo 20 giorni, consecutivi o isolati, nel corso di tre mesi a contare dal primo giorno di osservazione. È irrilevante la durata dell'osservazione durante ogni singolo giorno. Suddetti limiti si riferiscono al singolo mandato di osservazione. Non è esclusa la possibilità che venga ordinata un'ulteriore osservazione nel corso della medesima procedura. A tal fine occorre tuttavia che vi siano nuovi indizi ai sensi del capoverso 1.

Cpv. 4: oltre a impiegare propri collaboratori specializzati per le osservazioni, in virtù di questo capoverso l'assicurazione può anche affidare tale incarico a specialisti esterni (investigatori). Gli specialisti esterni sono soggetti agli stessi obblighi di diligenza e del segreto cui sono tenuti gli assicuratori che li hanno incaricati. Questa disposizione corrisponde in linea di massima alla vigente prassi degli uffici AI.

Cpv. 5: agli assicurati va garantito il diritto di essere ascoltati una volta terminata l'osservazione, ma prima che l'assicurazione abbia adottato una decisione formale sulla prestazione in questione. La persona interessata deve essere informata circa il motivo, il tipo e la durata dell'osservazione; se a tal fine viene svolto un colloquio, ne va messo agli atti un riassunto. Non è necessario informare l'assicurato immediatamente dopo lo svolgimento dell'osservazione, ma ciò va fatto al più tardi prima che venga emessa la decisione sulla prestazione. Se dopo l'osservazione viene commissionata una perizia medica, prima dello svolgimento di quest'ultima occorre informare l'assicurato del fatto che è stato oggetto di un'osservazione. Se tale informazione sia comparabile a una decisione incidentale è una questione che può rimanere aperta.

L'assicurato ha la possibilità di contestare la presenza delle condizioni necessarie per un'osservazione davanti al competente tribunale cantonale o al Tribunale federale amministrativo (art. 56–58 LPGA) nel quadro dell'esame della decisione in merito al diritto alla prestazione.

In virtù dell'articolo 47 capoverso 1 lettera a LPGA, l'assicurato ha il diritto di consultare gli atti. Dopo che l'amministrazione gli avrà comunicato di essere stato oggetto di una tale misura, potrà dunque consultare il materiale relativo all'osservazione.

L'articolo 46 LPGA disciplina la gestione degli atti nelle assicurazioni sociali: tutti i documenti suscettibili di essere determinanti per la decisione devono essere registrati negli atti concernenti l'assicurato in questione. Il materiale relativo all'osservazione che concorre a provare che l'assicurato percepisce o ha cercato di percepire prestazioni indebite deve far parte di questi atti.

Questa regola si rifà all'articolo 283 capoverso 1 CPP e all'articolo 44a capoverso 6 LPGA nella versione proposta nel 2006 nel quadro della revisione della LAINF (cfr. FF 2008 4771, in particolare pag. 4788).

Cpv. 6: se il materiale relativo all'osservazione (fotografie, video e rapporti di sorveglianza) non fornisce la prova di una riscossione indebita della prestazione o di un tentativo in tal senso, l'assicuratore deve emanare una decisione in cui vanno indicati il tipo, il motivo e la durata dell'osservazione. L'assicurato ha così la possibilità di contestare la disposizione o l'esecuzione illecita dell'osservazione. Nel quadro del diritto di audizione, l'assicurato ha il diritto di consultare gli atti e dunque la possibilità di prendere visione del materiale relativo all'osservazione. Dopo che la decisione è passata in giudicato, il materiale relativo all'osservazione viene distrutto. Il capoverso 7 stabilisce che il Consiglio federale disciplina i dettagli della conservazione e della distruzione degli atti in questione.

Art. 45 cpv. 4

Se un assicurato percepisce o tenta deliberatamente di percepire prestazioni cui non ha diritto, l'assicuratore deve prendere misure atte a prevenire il danno che ne conseguirebbe per l'assicurazione e disporre accertamenti supplementari di portata più ampia rispetto a quelli normalmente necessari. Il ricorso a specialisti nella lotta contro la riscossione indebita di prestazioni comporta ingenti spese supplementari per l'assicuratore, in particolare in caso di svolgimento di osservazioni o perizie mediche supplementari necessarie (un'osservazione costa in media tra i 10 000 e i 15 000 franchi). Con la presente revisione queste spese potranno essere addebitate agli assicurati che, percependo o tentando di percepire prestazioni indebite, le avranno cagionate.

I costi delle misure prese nel quadro della LAA potranno essere addebitati all'assicurato, se questi avrà tentato di ottenere prestazioni indebite fornendo indicazioni inesatte o in altro modo illegale o avrà ottenuto tali prestazioni contribuendo attivamente alla loro concessione.

È in ogni caso necessario un comportamento repressibile da parte dell'assicurato, non tanto nel senso della rilevanza penale quanto, in primo luogo, sul piano delle sanzioni di diritto assicurativo. Questo significa che l'assicurato deve aver tentato di percepire una prestazione cui doveva presumere di non aver diritto o aver contribuito illegalmente a che una tale prestazione gli fosse concessa, per esempio comunicando deliberatamente informazioni inveritiere all'assicurazione o ai medici incaricati della perizia. In altre parole, se l'assicurato ha sempre collaborato e fornito informazioni esatte, non può essergli imputato il fatto che, soltanto a causa di accertamenti insufficienti, ha percepito per anni prestazioni cui non avrebbe avuto diritto, se l'assicuratore avesse debitamente ottemperato alle prescrizioni legali.

Art. 49a

Questa disposizione corrisponde all'attuale articolo 97 LAVS¹³, che si applica per analogia all'assicurazione invalidità e alle prestazioni complementari (vigenti art. 66 LAI¹⁴ e art. 27 LPC¹⁵). Secondo la giurisprudenza, l'articolo 97 LAVS si applica per analogia anche all'assicurazione contro la disoccupazione e all'assicurazione malattie (DTF 124 V 82 consid. 3b e RSKV 1981 N. 445 pag. 80 segg. consid. 2).

Attualmente, applicando a titolo sussidiario l'articolo 55 capoverso 2 PA (in combinato disposto con l'art. 55 cpv. 1 LPGA) è sì possibile togliere l'effetto sospensivo a un eventuale ricorso, se la decisione non ha per oggetto una prestazione pecuniaria. Inoltre, secondo la giurisprudenza e il consenso unanime della dottrina (cfr. p. es. DTF 109 V 229 consid. 2a e Hansjörg Seiler, *Praxiskommentar zum VwVG*, 2009, art. 55, N. 83 segg.), e contrariamente al tenore della legge, sono considerate decisioni aventi per oggetto una prestazione pecuniaria unicamente quelle in virtù delle quali il destinatario è tenuto a fornire una prestazione in denaro. Le decisioni in materia di prestazioni delle assicurazioni sociali non sono dunque decisioni aventi per oggetto una prestazione pecuniaria ai sensi della PA. Ne consegue che se una prestazione in denaro (durevole o no) è soppressa o ridotta, l'effetto sospensivo può essere tolto.

Tuttavia, per evitare qualsiasi incertezza giuridica in questo ambito (dato che, dopotutto, nelle assicurazioni sociali le rendite, le indennità giornaliere, gli assegni per grandi invalidi ecc. sono sempre qualificati come prestazioni pecuniarie [cfr. definizione di prestazioni pecuniarie all'art. 15 LPGA]), è necessario creare una base legale chiara per tutte le assicurazioni sociali rette dalla LPGA. La nuova disposizione garantisce dunque certezza giuridica ed è necessaria in relazione alla sospensione cautelare delle prestazioni prevista dal nuovo articolo 52a AP-LPGA (cfr. infra, relativo commento).

L'armonizzazione introdotta a livello di legge quadro non è per contro intesa a modificare la prassi attuale, che, fondata sulla DTF 130 V 407 (in particolare consid. 3.4), non autorizza la revoca dell'effetto sospensivo in caso di richiesta di restituzione di prestazioni riscosse indebitamente (secondo periodo).

¹³ Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS); RS 831.10.

¹⁴ Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI); RS 831.20.

¹⁵ Legge federale del 6 ottobre 2006 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità; RS 831.30.

In virtù dell'articolo 55 capoverso 1 LPGa, per le questioni relative all'effetto sospensivo che non sono disciplinate nell'articolo 49a LPGa restano applicabili a titolo sussidiario le disposizioni della PA (in particolare l'art. 55 cpv. 2-4 PA).

Art. 52a

In generale, le prestazioni delle assicurazioni sociali (rendite, assegni per grandi invalidi, indennità giornaliera, provvedimenti sanitari o provvedimenti professionali) sono assegnate a lungo termine o a tempo indeterminato. Può tuttavia succedere che in occasione di una successiva verifica la legittimità della prestazione vada messa in discussione (cfr. Schlauri, «Die vorsorgliche Einstellung von Dauerleistungen der Sozialversicherungen», in *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, San Gallo 1999, pag. 191 segg.). Se dagli accertamenti emerge che una prestazione verosimilmente non è o non è più giustificata, ma una decisione definitiva non potrà essere presa in tempo utile, l'assicuratore può sospendere il versamento a titolo cautelare.

La sospensione a titolo cautelare è già praticata da diversi assicuratori, ma secondo procedure diverse. Diverse sono anche le basi legali su cui i tribunali cantonali fondano la loro prassi. I tribunali cantonali si riferiscono spesso all'articolo 56 PA in combinato disposto con l'articolo 55 capoverso 1 LPGa, nonostante l'oggetto della disposizione sia, a rigore, la procedura di ricorso e non la procedura amministrativa (comunque, in una sua decisione [9C_45/2010 consid. 2, 12 aprile 2010] il Tribunale federale osserva incidentalmente che la disposizione della sospensione della rendita quale misura cautelare è ammessa in applicazione analogica dell'articolo 56 PA e rinvia in proposito alla DTF 121 V 112 e alla DTF 119 V 295 consid. 4). Dall'entrata in vigore della 5ª revisione AI, inoltre, vigono le disposizioni dell'articolo 7b capoverso 2 lettere b e c LAI. Infine, secondo una parte della giurisprudenza e della letteratura specializzata, la sospensione delle prestazioni deve poter essere senz'altro autorizzata anche senza base legale specifica in conseguenza del diritto materiale di cui deve essere garantita l'applicazione (cfr. p. es. la decisione del Tribunale amministrativo federale C-676/2008 del 21 luglio 2009, molto illustrativa in proposito).

Con l'articolo 52a si intende uniformare la prassi delle diverse assicurazioni sociali in materia di sospensione cautelare delle prestazioni e creare un'unità di dottrina in tutto il Paese. Qualche esempio di casi d'applicazione della nuova disposizione:

- un assicuratore viene a sapere che è in corso una procedura penale per frode assicurativa, consulta il relativo incarto e constata che l'assicurato ha esercitato attività incompatibili con il danno alla salute sulla base del quale gli è stata assegnata la prestazione;
- un assicuratore constata che un assicurato consegue un reddito rilevante per il diritto alle prestazioni che però non ha dichiarato regolarmente (violazione dell'obbligo di notificazione).

L'assicuratore deve poter sospendere le prestazioni a titolo cautelare se ha il fondato sospetto che l'assicurato le percepisca indebitamente o abbia omesso di dichiarare un cambiamento importante sopraggiunto nelle condizioni determinanti per l'erogazione delle prestazioni. Un sospetto è fondato quando si basa su indizi concreti o indicazioni molteplici che fanno pensare a una percezione indebita di prestazioni o a una violazione dell'obbligo di notificazione.

In questi casi l'interesse dell'assicuratore – ossia quello di evitare oneri amministrativi e il rischio di perdite connaturato alle richieste di restituzione – deve prevalere chiaramente su quello dell'assicurato di non cadere in una situazione di temporanea precarietà finanziaria, tanto più che, in caso di processo, questi assicurati non hanno praticamente mai chiare prospettive di successo nella procedura principale. Sia i tribunali cantonali sia il Tribunale federale valutano regolarmente in questo modo gli interessi a confronto quando devono deliberare sulla revoca dell'effetto sospensivo, decidendo a favore dell'assicuratore.

In questi casi, tuttavia, l'assicuratore deve accuratamente soppesare vantaggi (garantirsi contro l'eventualità di accumulare crediti irrecuperabili) e svantaggi (possibili inconvenienti per il prosieguo degli accertamenti): è infatti evidente che un assicurato le cui prestazioni vengono sospese a titolo cautelare scopre inevitabilmente che l'assicuratore ha dei dubbi sulla fondatezza dei suoi diritti e può quindi modificare il suo comportamento con l'intento di dissiparli. In altre parole, nei casi in cui è prevista un'osservazione, la sospensione cautelare delle prestazioni è inopportuna, in quanto l'assicurato riceverebbe un avvertimento e avrebbe così la possibilità di metter fine alle proprie attività indebite, che non potrebbero quindi più essere osservate.

Alla conclusione di un'osservazione con esito inequivocabile, per contro, la sospensione cautelare delle prestazioni può essere perfettamente ragionevole, per esempio nel caso in cui manchi ancora soltanto una perizia medica. La sospensione cautelare delle prestazioni va disposta mediante decisione scritta (art. 49 cpv. 1); in quanto decisione processuale e pregiudiziale (cfr. KIESER, ATSG-Kommentar, Zurigo 2015, art. 52, N. 46) essa non è soggetta a opposizione (art. 52 cpv. 1). Può invece essere impugnata mediante ricorso direttamente dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni (art. 56 cpv. 1).

Affinché la decisione di sospensione cautelare delle prestazioni sia immediatamente esecutiva, l'assicuratore deve poter revocare l'effetto sospensivo di un eventuale ricorso. La revoca dell'effetto sospensivo è oggetto dell'articolo 49a AP-LPGa.

Come per qualsiasi altra decisione, anche per la sospensione cautelare delle prestazioni va tenuto conto delle disposizioni dell'articolo 49 capoverso 4 LPGa.

Art. 61 lett. a, f^{bis} e f^{ter}

L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va soppressa. La mozione del Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. Le spese per le procedure saranno in futuro disciplinate nelle lettere f^{bis} e f^{ter}.

Variante 1

La lettera f^{bis} numero 1 prevede l'addebito di spese per tutte le controversie relative a contributi.

Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, il numero 2 contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la pertinente legge speciale lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1^{bis} LAI).

La variante 1 è il risultato dei dibattiti parlamentari, durante i quali è stata avanzata la richiesta di proporre una soluzione differenziata invece dell'introduzione generalizzata dell'addebito di spese per le procedure di ricorso.

Se la legge speciale non prevede l'addebito di spese, il tribunale potrà imporre spese giudiziarie alla parte che abbia un comportamento temerario o sconsiderato, come attualmente previsto dalla seconda frase dell'articolo 61 lettera a.

La lettera f^{ter} si rifà all'articolo 66 capoverso 4 LTF, secondo cui alla Confederazione, ai Cantoni, ai Comuni e alle organizzazioni incaricate di compiti di diritto pubblico non possono essere addossate spese giudiziarie. La nozione di «organizzazioni incaricate di

compiti di diritto pubblico» include pure le istituzioni delle assicurazioni sociali, anche se sono organizzate secondo il diritto privato (Seiler, Von Werdt, Güngerich, *BGG-Kommentar*, Berna 2007, art. 66 N. 46).

Inoltre, conformemente all'articolo 61 lettera g LPGa, il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili. Con questa formulazione, l'assicuratore non può mai ottenere il rimborso delle proprie spese, poiché nella procedura cantonale esso è sempre la parte convenuta (Kieser, *ATSG-Kommentar*, Zurigo 2015, art. 61 N. 199). È anche per questa ragione che gli assicuratori dovrebbero essere esonerati dal pagamento delle spese giudiziarie.

Variante 2

Questa variante attuerebbe alla lettera la mozione del gruppo UDC 09.3406, rinunciando a una soluzione differenziata. Di conseguenza, verrebbero addebitate spese giudiziarie per tutte le procedure di ricorso relative alla concessione o al rifiuto di prestazioni oppure a contributi.

Analogamente a quanto già oggi previsto nell'assicurazione invalidità (art. 69 cpv. 1^{bis} LAI), in caso di controversie relative a prestazioni delle assicurazioni sociali tali spese sarebbero d'importo moderato (n. 2).

La lettera f^{er} si rifà all'articolo 66 capoverso 4 LTF, secondo cui alla Confederazione, ai Cantoni, ai Comuni e alle organizzazioni incaricate di compiti di diritto pubblico non possono essere addossate spese giudiziarie. La nozione di «organizzazioni incaricate di compiti di diritto pubblico» include pure le istituzioni delle assicurazioni sociali, anche se sono organizzate secondo il diritto privato (Seiler, Von Werdt, Güngerich, *BGG-Kommentar*, Berna 2007, art. 66 N. 46).

Inoltre, conformemente all'articolo 61 lettera g LPGa, il ricorrente che vince la causa ha diritto al rimborso delle ripetibili. Con questa formulazione, l'assicuratore non può mai ottenere il rimborso delle proprie spese, poiché nella procedura cantonale esso è sempre la parte convenuta (Kieser, *ATSG-Kommentar*, Zurigo 2015, art. 61 N. 199). È anche per questa ragione che gli assicuratori dovrebbero essere esonerati dal pagamento delle spese giudiziarie.

Art. 70 cpv. 2 lett. b

Il fatto che l'assicurazione contro la disoccupazione non sia tenuta a versare prestazioni anticipate all'assicurazione militare è incomprensibile e costituisce una svista legislativa (cfr. anche Kieser, *Kommentar ATSG*, Zurigo 2015, art. 70 N. 33). Tutte le altre assicurazioni menzionate all'articolo 70 capoverso 2 LPGa sono tenute a versare prestazioni anticipate all'assicurazione militare. Aggiungendo l'assicurazione militare all'elenco della lettera b si intende rettificare questa svista legislativa.

Art. 72 cpv. 3, secondo periodo

Questa modifica concerne soltanto i testi francese e italiano che, con l'aggiunta del termine «relativi» nel secondo periodo, corrispondono al testo tedesco.

Art. 73 cpv. 2

Se un assicuratore sociale riduce le proprie prestazioni, il diritto al risarcimento del danno per responsabilità civile viene ripartito in fase di regresso secondo la regola della ripartizione delle quote di cui all'articolo 73 capoverso 2 tra il diritto del danneggiato e l'assicurazione sociale che promuove l'azione di regresso. La riduzione di tale risarcimento del danno deve avere ripercussioni per l'assicurato. Il presupposto dell'applicazione di questo articolo è che gli assicuratori sociali che promuovono l'azione di regresso abbiano ridotto le proprie prestazioni (p. es. per violazione dell'obbligo di ridurre il danno). Essi sono surrogati nella misura delle prestazioni ridotte nelle pretese di risarcimento del danneggiato. Le riduzioni delle prestazioni non devono essere compensate da un aumento corrispondente delle prestazioni versate a titolo di risarcimento del danno per responsabilità civile. L'articolo 73 capoverso 2 LPGa contiene rimandi alle riduzioni di prestazioni secondo l'articolo 21, cui per completezza va aggiunto un rimando al capoverso 4. La riduzione di prestazioni per violazione dell'obbligo di ridurre il danno di cui all'articolo 21 capoverso 4 LPGa ha infatti assunto maggiore importanza nella prassi in seguito alle recenti revisioni dell'AI.

Art. 74 cpv. 2

Let. c: per danno derivante dalla riduzione della rendita o danno pensionistico semplice si intende la riduzione delle prestazioni di vecchiaia derivante da lacune contributive. Esso è pari alla differenza tra la rendita di vecchiaia ipotetica (senza conseguenze dell'infortunio) e le prestazioni di vecchiaia future, ridotte in seguito all'infortunio. L'indennità per la riduzione della rendita è in linea con la recente prassi giudiziaria in materia (cfr. in particolare DTF 129 III 135 segg. e sentenza del TF 4C.343/2003 del 13 ottobre 2004). Conformemente alla DTF 126 III 41 segg., per una determinata parte delle prestazioni le assicurazioni sociali (assicurazione contro gli infortuni e AVS) sono surrogate nel diritto al risarcimento del danno pensionistico secondo il diritto della responsabilità civile.

Let. h: anche le spese supplementari generalmente sostenute per l'accertamento del danno rientrano tra i danni da risarcire secondo il diritto della responsabilità civile. Si tratta sia delle spese per l'accertamento della causa del danno che di quelle per l'accertamento del suo importo (cfr. Brehm, *Berner Kommentar*, N. 77, art. 41 CO e Landolt, *Zürcher Kommentar*, N. 216, art. 46). Nell'ambito della liquidazione dei danni alle persone, le perizie sono la voce di spesa più importante sia nel diritto della responsabilità civile che in quello delle assicurazioni sociali. Vi è identità tra le spese di accertamento secondo il diritto della responsabilità civile e le spese per accertamenti professionali e perizie mediche sostenute dagli assicuratori sociali per stabilire i danni alla persona (sentenza del TF 4C.374/2005 del 10 gennaio 2006 consid. 3.5). Questo significa che in via di regresso possono essere fatte valere le spese per accertamenti professionali e perizie mediche sostenute dagli assicuratori sociali.

Cpv. 1: il diritto di coordinamento europeo attribuisce determinati compiti a organi quali ad esempio l'«autorità competente», l'«organo di collegamento» o l'«istituzione competente» (cassa). Secondo le disposizioni valide fino al 31 marzo 2012¹⁶, gli organi dichiarati competenti a livello nazionale erano elencati segnatamente in un allegato. Con l'introduzione del regolamento (CE) n. 883/2004¹⁷, le ripartizioni dei compiti a livello nazionale sono state inserite in una banca dati pubblica europea (elenco elettronico) e le pertinenti disposizioni sono state abrogate. Il presente articolo codifica pertanto formalmente in una base legale l'attuale ripartizione dei compiti. Non sono previste modifiche, né materiali né organizzative, delle competenze degli organi interessati. Ad oggi, i medesimi organi svolgono i compiti corrispondenti anche nel quadro di altre convenzioni internazionali in materia di sicurezza sociale, senza che questa competenza sia stata esplicitamente sancita in una base legale. Il capoverso 1 di questa disposizione prevede quindi un ampio disciplinamento delle competenze nei rapporti internazionali.

Cpv. 2: attualmente gli organi esecutivi (p. es. casse di compensazione AVS, assicuratori malattie o assicuratori contro gli infortuni) trasmettono su carta i dati necessari all'attuazione delle disposizioni in materia di coordinamento. I regolamenti di coordinamento dell'UE (in particolare l'art. 78 del regolamento (CE) n. 883/2004 e gli art. 2–4 del regolamento (CE) n. 987/2009) prevedono l'abolizione dello scambio di informazioni in forma cartacea e l'introduzione generalizzata dello scambio elettronico di dati. In questo contesto, ciascuno degli Stati parte sarà tenuto a gestire un proprio servizio di elaborazione elettronica dei dati che consenta in futuro agli organi esecutivi di scambiare con l'estero, tramite punti d'accesso elettronici, i documenti elettronici strutturati utilizzati nell'UE (*Structured Electronic Documents* [SED]; moduli elettronici) e altre informazioni. Questi punti d'accesso, che vengono sviluppati in parte dall'UE e in parte dagli Stati coinvolti, dovranno prevedere tutti gli elementi necessari a livello nazionale (p. es. comunicazione con gli organi nazionali, conversione di messaggi ecc.). Ogni Stato dovrà disporre di almeno un punto d'accesso, ma al massimo di cinque. Il capoverso 2 di questo articolo prevede di autorizzare il Consiglio federale a disciplinare la competenza per la predisposizione e la gestione di questi punti d'accesso nazionali e dell'ulteriore infrastruttura necessaria in Svizzera. Gli organi esecutivi disporranno di un accesso protetto che permetterà loro di richiamare dai punti d'accesso i dati di loro competenza trasmessi elettronicamente dall'estero. La base legale necessaria per una tale procedura di richiamo ai sensi della legislazione sulla protezione dei dati figura nel capoverso 2.

Cpv. 3: lo scambio elettronico di dati cui mira il diritto di coordinamento europeo implica anche l'adempimento di alcuni requisiti nell'elaborazione delle informazioni a livello nazionale. Per modernizzare lo scambio dei dati e ridurre al minimo l'onere amministrativo a carico dei diversi assicuratori sociali e organi esecutivi coinvolti, andranno sviluppati appositi sistemi d'informazione. Consentendo al Consiglio federale di imporre a tali organi l'uso di questi sistemi, s'intende evitare che l'impiego di soluzioni informatiche e standard differenti renda più difficile, se non impossibile, l'ulteriore trattamento dei dati da parte degli organi successivi. Inoltre, l'uso di una soluzione uniforme permetterà di ridurre i tempi di elaborazione. Questo articolo delega al Consiglio federale, con una disposizione potestativa, anche la determinazione delle spese. La regolamentazione a livello di ordinanza garantirà la flessibilità necessaria per poter disciplinare la ripartizione di nuove spese connesse ai sistemi d'informazione esistenti o la ripartizione di base delle spese per i nuovi sistemi d'informazione. In questo modo è garantito che anche gli organi che utilizzano il sistema si faranno adeguatamente carico delle spese.

Disposizione transitoria della modifica del...

Questa disposizione transitoria è applicabile ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni (art. 61) al momento dell'entrata in vigore della presente modifica.

2.2 Modifica di altri atti normativi

2.2.1 Competenza dell'Assemblea federale di approvare trattati internazionali mediante decreto federale semplice

Art. 153b LAVS, art. 80b LAI, art. 32a LPC, art. 89e LPP, art. 25g LFLP, art. 95b LAMal, art. 115b LAINF, art. 28b LIPG, art. 23b LAF, art. 24a LAFam, art. 121a LADI

Nelle diverse leggi in materia di assicurazioni sociali sarà introdotta una nuova disposizione che conferisce all'Assemblea federale la facoltà di approvare convenzioni di sicurezza sociale mediante decreto federale semplice. Tali trattati internazionali continuerebbero dunque a necessitare dell'approvazione dell'Assemblea federale e a non sottostare a referendum facoltativo, ma la procedura avrebbe infine un fondamento legale. La delega di competenze all'Assemblea federale codifica in un certo qual modo l'attuale prassi in materia di accordi standard e le conferisce la necessaria base legale (cfr. n. 1.2.2.2).

La disposizione elenca quindi i principi di coordinamento e le regolamentazioni che figurano nei trattati esistenti e che fungeranno da modello per eventuali convenzioni future. Queste regolamentazioni standard si prefiggono la non discriminazione dei cittadini dello Stato partner, garantiscono il versamento di determinate prestazioni all'estero, permettono di determinare la legislazione applicabile in materia di assoggettamento assicurativo e di tenere conto dei periodi di assicurazione all'estero e possono inoltre prevedere la presa a carico e il rimborso delle spese di cura in caso di malattia e infortunio.

Le nuove disposizioni sono le seguenti:

- art. 153b LAVS;
- art. 80b LAI;
- art. 32a LPC;

¹⁶ Cfr. Allegato 1 del regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità; una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS 0.831.109.268.1).

¹⁷ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale; una versione consolidata non vincolante di questo regolamento è pubblicata nella RS (RS 0.831.109.268.1).

- art. 89e LPP;
- art. 25g LFLP;
- art. 95b LAMal;
- art. 115b LAINF;
- art. 28b LIPG;
- art. 23b LAF;
- art. 24a LAFam;
- art. 121a LADI.

2.2.2 Legge federale del 20 dicembre 1946¹⁸ sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti

Art. 49a

L'articolo 49a disciplina il trattamento di dati personali. Con la presente modifica si intende precisare che la facoltà di trattare dati personali si applica anche ai compiti conferiti nel quadro di convenzioni internazionali.

Art. 71 cpv. 4

I compiti dell'Ufficio centrale di compensazione sono indicati nell'articolo 71, il cui capoverso 4 indica che l'Ufficio centrale tiene determinati registri.

Il registro centrale degli assicurati contiene i numeri d'assicurato assegnati agli assicurati. Con la precisazione proposta esso potrà contenere anche i numeri d'identificazione di sistemi di sicurezza sociale esteri. Questo agevolerà lo svolgimento sistematico da parte dell'Ufficio centrale delle procedure di richiesta internazionali. La disposizione menziona anche il registro centrale delle prestazioni correnti, che ha lo scopo di evitare pagamenti indebiti. Poiché l'importo delle prestazioni svizzere può essere influenzato anche dalle prestazioni estere, il vigente articolo 71 viene completato in modo tale che nel registro possano figurare anche prestazioni pecuniarie estere di uguale natura che vengono concesse in virtù di convenzioni internazionali.

Art. 85^{bis} cpv. 2

Questo capoverso stabilisce che l'articolo 61 *lettere f^{bis} e f^{ter}* AP-LPGA si applicherà per analogia alla procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale.

Art. 91 cpv. 2

Il vigente articolo 91 capoverso 2 stabilisce che le decisioni di multa possono essere impugnate con un ricorso. Questa regolamentazione, rimasta invariata dal 1° gennaio 1973 (RU 1972 2314), contraddice il tenore dell'articolo 52 capoverso 1 LPGA, secondo cui le decisioni possono essere impugnate facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate. Manifestamente si tratta di una svista del legislatore, che si è ommesso di correggere in occasione dell'introduzione della LPGA, il 1° gennaio 2003. Il fatto che il legislatore non mirasse intenzionalmente a derogare alla procedura di opposizione uniforme per le decisioni di multa emerge in particolare considerando che la deroga non è stata espressamente menzionata in quanto tale (cfr. al riguardo Kieser, *ATSG-Kommentar*, Zurigo 2015, art. 52 N. 15 e art. 2 N. 21). Di conseguenza, con la presente revisione si elimina la «falsa deroga», allineando la regolamentazione della LAVS con quella della LPGA.

Art. 97

La revoca dell'effetto sospensivo di un eventuale ricorso per le decisioni su prestazioni pecuniarie è disciplinata nel nuovo articolo 49a AP-LPGA. La specifica disposizione vigente della LAVS può quindi essere abrogata. La nuova disposizione della LPGA è automaticamente applicabile all'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (cfr. art. 1 cpv. 1 LAVS).

2.2.3 Legge federale del 19 giugno 1959¹⁹ su l'assicurazione per l'invalidità

Art. 14^{bis} cpv. 2

Fino al compimento dei 20 anni, gli assicurati hanno diritto ai provvedimenti sanitari di cui all'articolo 14 LAI destinati alla cura di infermità congenite (art. 13 LAI) oppure all'integrazione nella vita professionale o a favorire lo svolgimento delle mansioni consuete (art. 12 LAI). I provvedimenti sanitari comprendono la cura eseguita dal medico stesso o, su sua prescrizione, dal personale sanitario ausiliario, in uno stabilimento o a domicilio, ad eccezione delle terapie logopediche e psicomotorie (art. 14 cpv. 1 lett. a LAI), nonché i medicinali prescritti dal medico (art. 14 cpv. 1 lett. b LAI). Secondo il capoverso 2 dello stesso articolo, se la cura sanitaria è eseguita in uno stabilimento, l'assicurato ha, inoltre, diritto al vitto e all'alloggio nella sezione comune (cure ospedaliere). L'assicurato che entra in un'altra sezione, benché la cura possa essere effettuata nella sezione comune, ha diritto alla rifusione delle spese che l'assicurazione dovrebbe assumere se la cura fosse eseguita nella sezione comune.

Secondo l'articolo 14^{bis} LAI (modifica del 15 giugno 2012; RU 2012 5559), le spese per cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 14 LAI effettuate in un ospedale autorizzato secondo l'articolo 39 LAMal sono assunte per l'80 per cento dall'assicurazione (ossia l'AI) e per il 20 per cento dal Cantone di domicilio dell'assicurato. Il Cantone di domicilio versa la sua parte direttamente all'ospedale. Questa disposizione è entrata in vigore il 1° gennaio 2013 e ha sostituito la ripartizione delle spese introdotta con decisione della

¹⁸ RS 831.10

¹⁹ RS 831.20

Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) del 26 novembre 1987 (allora denominata Conferenza svizzera dei direttori della sanità), applicata già dal 1987 fino alla fine del 2011. In vista del nuovo finanziamento ospedaliero, la CDS ha disdetto la pertinente convenzione a partire dal 1° gennaio 2012. Il Parlamento ha allora ritenuto necessario reintrodurre la ripartizione dei costi mediante una base legale (Bollettino ufficiale, Consiglio degli Stati 2011 S 1197 [intervento Kuprecht] e Consiglio nazionale 2012 N 708 [intervento Humbel]).

Con la nuova disposizione si è voluto regolamentare il rapporto tra l'AI e il Cantone di domicilio in maniera analoga a quanto previsto per la ripartizione dei costi secondo l'articolo 49a LAMal, ma con una percentuale di ripartizione diversa, fissa a livello nazionale: 80 per cento a carico dell'AI e 20 per cento a carico del Cantone di domicilio. All'AI va pertanto fatturato solo l'80 per cento della tariffa intera, mentre il 20 per cento è coperto dal Cantone di domicilio dell'assicurato. È determinante la tariffa AI applicabile all'ospedale che ha eseguito le cure (cfr. art. 3^{quater} OAI; RU 2012 5561).

Apparentemente, i Cantoni hanno fatto valere molto raramente (o non lo hanno mai fatto) pretese di regresso per le parti di spese assunte per cure di competenza dell'AI sino alla fine del 2011 sulla base della decisione della CDS menzionata in precedenza. La questione del regresso non sembra essere stata rilevante nemmeno durante i dibattiti parlamentari. Il disciplinamento dell'articolo 14^{bis} LAI non figurava ancora nel messaggio concernente la revisione AI 6b (FF 2011 5133); la sua necessità (come pure quella di anticiparne il trattamento) è emersa solo in seno alla Commissione del Consiglio degli Stati. Analogamente, il legislatore ha omesso di integrare la ripartizione dei costi di cui all'articolo 14^{bis} LAI con una norma in materia di surrogazione corrispondente a quella prevista all'articolo 79a LAMal. Secondo logica una tale base legale va introdotta nella LAI, ovvero la legge che stabilisce anche l'obbligo a carico del Cantone di assumere le spese per il 20 per cento. Questo avviene, come nell'articolo 79a LAMal, mediante un rimando alle disposizioni in materia di regresso della LPGa.

Sarebbe sicuramente urtante se, alla fine, la ripartizione dei costi tra l'AI e il Cantone andasse a vantaggio dei terzi responsabili, il che accadrebbe se non vi fosse la possibilità di promuovere un'azione di regresso (in proposito, cfr. sentenza del TFA K 152/99 del 18 aprile 2002 consid. 4b; FF 2004 4903, in particolare pag. 4933).

Art. 57a cpv. 3

Le misure di semplificazione della procedura AI entrate in vigore il 1° luglio 2006 hanno reintrodotta il preavviso. Il termine per presentare obiezioni (30 giorni) è regolamentato all'articolo 73^{ter} capoverso 1 OAI²⁰. Secondo la sentenza 8C_372/2016 del 29 dicembre 2016, il termine stabilito nell'ordinanza è prorogabile. Dai materiali legislativi risulta invece in modo evidente che non era questa la volontà del legislatore. La modifica proposta sancisce a livello di legge questo termine improrogabile di 30 giorni.

Occorre infatti considerare che il preavviso è stato reintrodotta nel contesto della semplificazione della procedura. Se tuttavia il termine restasse regolamentato nell'OAI e il Tribunale federale giungesse alla conclusione che si tratta di un termine giudiziario, lo scopo stesso delle misure di semplificazione sarebbe contraddetto e la procedura potrebbe risultare prolungata invece che semplificata, contrariamente a quanto auspicato dal legislatore. Inoltre, la contestazione del preavviso non è soggetta a severe esigenze formali (p. es. può anche avvenire oralmente). Il termine assoluto di 30 giorni in relazione al preavviso non è problematico nemmeno nell'ottica della tutela giurisdizionale degli assicurati dal momento che questi per legge hanno comunque il diritto di impugnare successivamente la decisione entro 30 giorni dalla notifica.

Come per la possibilità di sospendere le prestazioni a titolo cautelare, i tribunali non seguono una prassi uniforme nemmeno per quanto riguarda la necessità di far precedere la sospensione da un preavviso e di accordare all'assicurato il diritto di audizione. Alcuni tribunali cantonali, considerando gli interessi in gioco per l'AI e l'urgenza della situazione, ritengono che in caso di sospensione delle prestazioni a titolo cautelare il preavviso non sia necessario. Altri invece sottolineano il carattere imperativo del diritto di audizione o del preavviso, ma ammettono che in certi casi il termine accordato per contestare un preavviso, di regola di 30 giorni, può essere considerevolmente abbreviato. Nei casi di sospensione delle prestazioni vanno ponderati l'interesse dell'assicurazione e quello contrapposto della tutela della procedura delle persone interessate da una misura tanto incisiva. Per questa ragione il termine per prendere posizione nel quadro della procedura di preavviso sarà ridotto a 10 giorni.

Dovendosi applicare anche agli enti di cui al capoverso 2, il termine va iscritto all'articolo 57a capoverso 3 LAI.

Art. 59 cpv. 5

L'articolo 43a AP-LPGA sostituirà l'articolo 59 capoverso 5 LAI, che può pertanto essere abrogato.

Art. 66

Secondo la presente revisione la revoca dell'effetto sospensivo dei ricorsi eventualmente interposti contro decisioni concernenti le prestazioni pecuniarie è disciplinata dall'articolo 49a AP-LPGA, ragion per cui il vigente articolo 97 LAVS può essere abrogato. Il riferimento all'effetto sospensivo (ossia all'art. 97 LAVS) può dunque essere soppresso. La nuova disposizione della LPGa si applica automaticamente all'AI (cfr. art. 1 cpv. 1 LAI).

Nella versione francese la rubrica è stata modificata ai fini di una maggior aderenza al contenuto.

Art. 66a cpv. 1 lett. d

Per la registrazione e l'esame di richieste di prestazioni nazionali ed estere nonché per la loro trasmissione tra assicuratori e organi d'esecuzione, sarà sviluppato un sistema d'informazione. Esso servirà a determinare le prestazioni nel quadro dell'adempimento di compiti conferiti per legge o in virtù di convenzioni internazionali. Nell'ambito dell'assistenza amministrativa e giudiziaria europea, l'Ufficio centrale di compensazione funge da organo di collegamento incaricato di trasmettere all'estero i dati necessari. Questi comprendono, tra l'altro, anche dati medici sugli assicurati messi a disposizione dell'UCC dai competenti uffici AI. Poiché si tratta di dati personali degni di particolare protezione, per soddisfare le esigenze in materia di protezione dei dati è necessario che l'inoltro di questi dati da parte degli uffici AI all'UCC sia previsto espressamente in una legge in senso formale.

²⁰ RS 831.201

Le altre disposizioni necessarie nell'ottica del diritto della protezione dei dati, in particolare per quanto concerne lo scopo del sistema d'informazione, gli organi interessati, la natura e l'entità del trattamento e della comunicazione dei dati nonché la sicurezza dei dati, saranno definite a livello di ordinanza.

Art. 66b cpv. 2^{bis} e 2^{ter}

Affinché un organo federale dia accesso a terzi alle sue collezioni di dati personali senza che ne sia stata fatta richiesta nel caso specifico (procedura di richiamo o accesso online), è necessaria una base giuridica che lo consenta. Il nuovo capoverso 2^{ter} permetterà agli uffici AI e alle casse di compensazione AVS di accedere, mediante procedura di richiamo, al sistema d'informazione di cui all'articolo 66a capoverso 1 lettera d AP-LAI. Poiché il sistema d'informazione contiene dati medici concernenti gli assicurati ossia dati degni di particolare protezione ai sensi della legge federale sulla protezione dei dati, l'accesso mediante procedure di richiamo va sancito a livello di legge.

Art. 69 cpv. 1^{bis}

In virtù dell'articolo 61 lett. f^{bis} numero 2 AP-LPGA, le leggi speciali potranno prevedere l'addebito di spese giudiziarie per le procedure di ricorso. La formulazione della presente disposizione va pertanto adeguata stralciando il rimando «In deroga all'articolo 61 lettera a LPGA».

2.2.4 Legge federale del 6 ottobre 2006²¹ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

Art. 27

La revoca dell'effetto sospensivo di un eventuale ricorso per le decisioni su prestazioni pecuniarie è disciplinata nel nuovo articolo 49a AP-LPGA. La pertinente disposizione specifica dell'articolo 27 LPC diventa quindi superflua. Questo articolo può pertanto essere abrogato. La nuova disposizione della LPGA è automaticamente applicabile alle prestazioni complementari (cfr. art. 1 cpv. 1 LPC).

2.2.5 Legge federale del 25 giugno 1982²² sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità

Art. 26b

Questa regolamentazione deriva dal principio secondo cui l'istituto di previdenza è tenuto in linea di massima a seguire la decisione dell'AI, comunicatagli tramite l'ufficio AI (questo coordinamento sussiste anche per altre questioni legate alle prestazioni d'invalidità, p. es. in merito al grado d'invalidità determinante). La norma chiarisce il coordinamento tra il 1° e il 2° pilastro in caso di sospensione a titolo cautelare del versamento della rendita d'invalidità e migliora così la certezza del diritto. Il vantaggio del collegamento alla decisione dell'ufficio AI consiste nel fatto che gli istituti di previdenza, potendo operare sulla base di tale decisione, non devono agire autonomamente e svolgere proprie osservazioni. Parimenti, la procedura uniforme tra uffici AI e istituti di previdenza contribuisce a tutelare l'assicurato.

Art. 35a cpv. 2, primo periodo

L'articolo 35a LPP, introdotto con la 1^a revisione della LPP, avrebbe dovuto sancire per il 2° pilastro la stessa regolamentazione allora esistente per il 1° pilastro. Il legislatore voleva espressamente coordinare i termini per le istituzioni del 1° e del 2° pilastro. La presente regolamentazione instaurerà questo coordinamento con il nuovo termine di perenzione di tre anni (invece di un anno, come attualmente) di cui all'articolo 25 capoverso 2 AP-LPGA. Al contempo stabilirà chiaramente che si tratta di un termine di perenzione, come nel 1° pilastro.

Art. 89f

Le disposizioni della LPGA sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, solo se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

Affinché le disposizioni degli articoli 32 capoverso 3 e 75a LPGA siano applicabili anche alla previdenza professionale, occorre inserire nella LPP una disposizione in tal senso. Le disposizioni sono applicabili solo nella misura in cui la LPP non preveda espressamente una deroga alla LPGA.

2.2.6 Legge del 17 dicembre 1993²³ sul libero passaggio

Art. 25g

Le disposizioni della LPGA sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, solo se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

²¹ RS 831.30

²² RS 831.40

²³ RS 831.42

Affinché le disposizioni degli articoli 32 capoverso 3 e 75a LPGa siano applicabili anche al libero passaggio nella previdenza professionale, occorre inserire nella LFLP una disposizione in tal senso. Le disposizioni sono applicabili solo nella misura in cui la LFLP non preveda espressamente una deroga alla LPGa.

2.2.7 Legge federale del 18 marzo 1994²⁴ sull'assicurazione malattie

Art. 82 lett. a

Quando è stato modificato l'articolo 41 capoverso 3 (RU 2008 2049; FF 2004 4903) si è ommesso di adeguare il presente articolo, che pertanto rinvia ancora erroneamente a quella disposizione anziché all'articolo 79a (diritto di regresso dei Cantoni). Si propone pertanto di correggere il rinvio, indicando la disposizione giusta, ossia l'articolo 79a.

2.2.8 Legge del 25 settembre 1952²⁵ sulle indennità di perdita di guadagno

Art. 29

Secondo la presente revisione la revoca dell'effetto sospensivo dei ricorsi eventualmente interposti contro decisioni concernenti le prestazioni pecuniarie è disciplinata dall'articolo 49a AP-LPGA, ragion per cui il vigente articolo 97 LAVS può essere abrogato. Il riferimento all'effetto sospensivo può dunque essere soppresso. La nuova disposizione della LPGa è automaticamente applicabile alle indennità di perdita di guadagno (cfr. art. 1 cpv. 1 LIPG).

2.2.9 Legge del 24 marzo 2006²⁶ sugli assegni familiari

Art. 24

In seguito a un aggiornamento dell'allegato II ALC, le norme di rinvio nelle singole leggi in materia di assicurazioni sociali sono state riformulate. Il capoverso 1 indica ora in modo più preciso il diritto applicabile, facendo riferimento al campo d'applicazione personale, agli atti giuridici pertinenti dell'UE e alla versione dell'allegato II ALC vincolante per la Svizzera.

Esso menziona i regolamenti (CE) n. 883/2004 e 987/2009, che hanno aggiornato i principi di coordinamento contenuti nei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e 574/72 e che sono vincolanti per la Svizzera dal terzo aggiornamento dell'allegato II ALC. Tuttavia, laddove il regolamento (CE) n. 883/2004 o il regolamento (CE) n. 987/2009 vi fanno riferimento, come pure nei casi del passato, l'allegato II ALC continua a far riferimento ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e 574/72.

Con la modifica delle norme di rinvio è stato riformulato in modo analogo anche il capoverso 2, concernente l'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS.

Il nuovo capoverso 3 conferisce al Consiglio federale la competenza di adeguare autonomamente i riferimenti agli atti giuridici dell'UE di cui ai capoversi 1 e 2 della disposizione di rinvio contenuta nelle leggi in materia di assicurazioni sociali, in caso di modifica dell'allegato II ALC o dell'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AELS.

Il capoverso 4 precisa che tutte le espressioni impiegate nelle leggi in materia di assicurazioni sociali in riferimento agli Stati membri dell'UE designano gli Stati contraenti ai quali si applica l'ALC.

In tutte le altre leggi in materia di assicurazioni sociali la norma di rinvio è stata adeguata al momento dell'entrata in vigore dell'estensione dell'ALC alla Croazia (cfr. decreto federale del 17 giugno 2016 che approva e traspone nel diritto svizzero il Protocollo relativo all'estensione alla Croazia dell'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, RU 2016 5233). La norma di rinvio va ora adeguata anche nella LAFam, dove si era tralasciato di farlo a suo tempo.

2.2.10 Legge del 25 giugno 1982²⁷ sull'assicurazione contro la disoccupazione

Art. 88 cpv. 2^{bis}

Il capoverso 2^{bis} del diritto vigente prevede solo la possibilità di addebitare le spese supplementari cagionate dalla riscossione indebita di prestazioni. La disposizione non è invece applicabile in caso di tentativo di riscuotere prestazioni indebite. L'articolo 45 capoverso 4 LPGa previsto dalla presente revisione introduce una regola uniforme per l'addebito delle spese supplementari cagionate non soltanto dalla riscossione indebita ma anche dal tentativo di riscuotere indebitamente prestazioni. La normativa del capoverso 2^{bis} deve dunque essere adeguata alla nuova disposizione della LPGa.

²⁴ RS 832.10

²⁵ RS 834.1

²⁶ RS 836.2

²⁷ RS 837.0

3 Ripercussioni

3.1 Ripercussioni per la Confederazione

3.1.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale sono attese in seguito all'introduzione del nuovo articolo 75a AP-LPGA, che delega al Consiglio federale la competenza di designare gli organi responsabili per la predisposizione e la gestione dell'infrastruttura per lo scambio elettronico di dati con l'estero. La loro entità potrà tuttavia essere stimata solo quando l'UE renderà note le pertinenti specifiche tecniche. La semplificazione amministrativa derivante dal maggiore impiego di strumenti informatici e il conseguente aumento dell'efficienza permetteranno di ridurre le spese per il personale. Questi risparmi permetteranno di compensare, almeno in parte, eventuali maggiori spese. Il governo elettronico – inteso quale attività amministrativa digitale economica e senza soluzione di continuità mediale – apporta inoltre un valore aggiunto sia alle autorità e alle unità amministrative che ai cittadini: soprattutto il ricorso a moduli elettronici standardizzati per lo scambio di dati con l'estero permette di aumentare considerevolmente la qualità dei servizi e di ridurre l'onere amministrativo di tutte le parti coinvolte grazie all'abbattimento delle barriere linguistiche e al metodo di trasmissione delle informazioni più rapido e sicuro rispetto all'invio postale. Le spese di sviluppo, gestione e manutenzione dei sistemi d'informazione dovranno, nel limite del possibile, essere finanziate tramite tasse o un contributo degli utenti. L'impostazione di tale contributo andrà eventualmente valutata nel quadro dell'elaborazione del messaggio. Al momento non è possibile stimare nemmeno i costi che dovranno essere sostenuti direttamente dagli utenti di questa infrastruttura.

3.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna

L'addebito di spese per le procedure cantonali in materia di assicurazioni sociali comporterà entrate supplementari per i Cantoni. Al contempo, però, essi dovranno sostenere un onere amministrativo maggiore per la riscossione di queste spese, soprattutto perché riceveranno più richieste di gratuito patrocinio. Si può presumere che i costi e i ricavi si compenseranno, cosicché non dovrebbero risultare né utili né perdite. Con la variante 1 proposta dal Consiglio federale l'onere potrebbe risultare ridotto.

Gli altri elementi della presente revisione non avranno ripercussioni per i Cantoni, i Comuni, i centri urbani, gli agglomerati e le regioni di montagna.

3.3 Ripercussioni per l'economia

L'introduzione dei sistemi d'informazione legati a EESSI consentirà di semplificare l'onere amministrativo per le imprese svizzere ed estere, come pure per le assicurazioni sociali. Le procedure e i documenti saranno uniformati e la regolamentazione avrà un impatto minore. Questi sistemi forniranno un contributo alla promozione del governo elettronico, faciliteranno l'allestimento di statistiche e saranno conformi agli standard informatici della Confederazione.

3.4 Ripercussioni per la società

L'addebito di spese per le procedure cantonali in materia di assicurazioni sociali renderà più difficoltoso l'accesso dei cittadini ai tribunali. Questo è frutto di una scelta consapevole, in linea con la mozione 09.3406, che intendeva ridurre gli incentivi negativi al prolungamento dei procedimenti giudiziari ed evitare ricorsi inutili davanti ai tribunali.

Nel quadro del presente progetto sono inasprite le disposizioni concernenti la LAA. Se condotta efficacemente, tale lotta aumenta la fiducia della popolazione nelle assicurazioni sociali.

4 Programma di legislatura e strategie nazionali del Consiglio federale

4.1 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto non è annunciato né nel messaggio del 27 gennaio 2016²⁸ sul programma di legislatura 2015–2019, né nel decreto federale del 14 giugno 2016²⁹ sul programma di legislatura 2015–2019.

4.2 Rapporto con le strategie nazionali del Consiglio federale

Il presente progetto non fa parte delle strategie nazionali del Consiglio federale.

5 Aspetti giuridici

5.1 Costituzionalità e legalità

Il progetto si fonda in particolare sugli articoli 112 capoverso 1, 114 capoverso 1 e 117 capoverso 1 della Costituzione federale, che conferiscono alla Confederazione la competenza di legiferare.

²⁸ FF 2016 909
²⁹ FF 2016 4605

5.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

5.2.1 Strumenti delle Nazioni Unite

Il Patto internazionale del 1966 relativo ai diritti economici, sociali e culturali (Patto I)³⁰ è entrato in vigore per la Svizzera il 18 settembre 1992. All'articolo 9, esso prevede il diritto di ogni individuo alla sicurezza sociale, comprese le assicurazioni sociali.

5.2.2 Strumenti dell'Organizzazione internazionale del lavoro

La Convenzione n. 102 concernente le norme minime della sicurezza sociale, conclusa nel 1952, è stata ratificata dalla Svizzera il 18 ottobre 1977³¹. Le parti VI e VII, applicabili alla Svizzera, concernono rispettivamente le prestazioni in caso di infortuni sul lavoro e di malattie professionali e gli assegni familiari. Ciascuna di queste due parti definisce gli eventi coperti e fissa la percentuale delle persone protette, le condizioni per il diritto alle prestazioni nonché l'entità e la durata di versamento di queste ultime. L'articolo 69 della Convenzione n. 102 elenca le circostanze in cui una prestazione può essere sospesa. Inoltre, l'articolo 70 paragrafo 1 stabilisce che al richiedente deve essere conferito il diritto di appellarsi in caso di diniego della prestazione o di contestazione riguardo alla loro qualità o quantità.

La Convenzione n. 128 concernente le prestazioni per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti, conclusa nel 1967, è stata ratificata dalla Svizzera il 13 settembre 1977³². La parte II riguarda le prestazioni d'invalidità, la parte III le prestazioni di vecchiaia e la parte IV le prestazioni per superstiti. Per ciascuna di queste parti, la Convenzione definisce gli eventi coperti e fissa la percentuale delle persone protette, le condizioni per il diritto alle prestazioni nonché l'entità e la durata di versamento di queste ultime. L'articolo 32 della Convenzione n. 128 elenca le circostanze in cui una prestazione può essere sospesa. Inoltre, l'articolo 34 stabilisce che qualsiasi richiedente deve avere il diritto di ricorrere in caso di diniego delle prestazioni o di contestazione della loro natura o del loro ammontare e che devono essere istituite procedure che permettano, se necessario, al richiedente di farsi rappresentare o assistere da una persona qualificata, di sua scelta.

5.2.3 Strumenti del Consiglio d'Europa

Il Codice europeo di sicurezza sociale, concluso il 16 aprile 1964, è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977³³. La Svizzera ne ha accettato le parti V, VI, VII, IX e X, relative rispettivamente al trattamento pensionistico di vecchiaia, al trattamento in caso d'infortuni sul lavoro e di malattie professionali, agli assegni familiari, al trattamento in caso di maternità, al trattamento in caso d'invalidità e alle prestazioni riservate ai superstiti. Ciascuna di queste parti definisce gli eventi coperti e fissa la percentuale delle persone protette, le condizioni per il diritto alle prestazioni nonché l'entità e la durata di versamento di queste ultime. L'articolo 68 elenca le circostanze in cui una prestazione può essere sospesa. Inoltre, l'articolo 69 paragrafo 1 del Codice stabilisce che ogni richiedente deve avere il diritto di appellarsi in caso di rifiuto della prestazione o di contestazione sulla sua qualità o sulla sua quantità.

Per quanto riguarda la Convenzione europea dei diritti dell'uomo e la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo nella causa Vukota-Bojić si rinvia alle spiegazioni del numero 1.2.1.3 e al commento al nuovo articolo 43a LPG al numero 2.1.

5.2.4 Diritto dell'Unione europea

L'articolo 48 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea implica l'introduzione di un meccanismo di coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale per agevolare la libera circolazione dei lavoratori dipendenti, dei lavoratori autonomi e dei loro familiari. Questo coordinamento è disciplinato dal regolamento (CE) n. 883/2004³⁴ del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e dal regolamento (CE) n. 987/2009³⁵ del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Questi due regolamenti si prefiggono unicamente il coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, fondandosi sui principi internazionali di coordinamento, ovvero la parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato e quelli degli altri Stati membri dell'UE, il mantenimento dei diritti acquisiti e il pagamento delle prestazioni sull'intero territorio dell'UE. Il diritto europeo non prevede invece l'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, dato che i singoli Stati membri mantengono la facoltà di definirne l'impostazione, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione, con riserva dei principi di coordinamento del diritto europeo. Dal 1° giugno 2002, data dell'entrata in vigore dell'ALC, la Svizzera partecipa a questo sistema di coordinamento e in questo contesto applica attualmente i due regolamenti summenzionati (cfr. allegato II ALC, Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale).

5.2.5 Compatibilità con il diritto internazionale

La possibilità di sospendere il versamento delle prestazioni pecuniarie nel caso in cui un assicurato si sottragga all'esecuzione di una pena o di una misura non è prevista esplicitamente dalle convenzioni n. 102 e 128 dell'Organizzazione internazionale del lavoro né dal Codice europeo di sicurezza sociale del Consiglio d'Europa. Si può tuttavia ritenere che questi casi siano molto rari e che la modifica dell'articolo 21 capoverso 5 LPG sia necessaria per evitare situazioni scioccanti in cui una persona che si sottrae all'esecuzione di una pena è avvantaggiata rispetto a una che subisce la pena prevista.

5.3 Subordinazione al freno alle spese

Il presente progetto non sottostà al freno alle spese.

³⁰ RS 0.103.1

³¹ RS 0.831.102

³² RS 0.831.105

³³ RS 0.831.104

³⁴ RS 0.831.109.268.1

³⁵ RS 0.831.109.268.11