

Ufficio di mediazione

dell'assicurazione malattie

Rapporto annuale '16

Premessa della mediatrice



La mediatrice Morena Hostettler Socha e il suo team

Stimate lettrici e assicurate, stimati lettori e assicurati

In questa edizione del rapporto annuale vi proponiamo una selezione di casi che ci hanno impegnato nel 2016. I temi sono come sempre molteplici. Si tratta delle prestazioni, delle partecipazioni ai costi di maternità, dell'obbligo di informare degli assicuratori malattia nei confronti dei loro assicurati, della sospensione della copertura infortuni, del cambiamento di cassa malati, della procedura di diffida nell'ambito dell'assicurazione complementare, come pure dei casi con riferimenti all'estero.

Inoltre abbiamo introdotto una nuova statistica dal titolo "interventi dell'Ufficio di mediazione" con la quale vogliamo mostrarvi la qualità di lavoro effettuato dalle nostre casse malati. Nel contempo risulta il successo ottenuto dagli interventi dell'Ufficio di mediazione.

Spero che il rapporto annuale 2016 possa suscitare il vostro interesse.

Per concludere desidero ringraziare gli assicuratori malattia per la cooperazione costruttiva.

La vostra mediatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerna, 17 maggio 2017

A handwritten signature in dark ink that reads "M. Hostettler Socha". The signature is written in a cursive, flowing style.

Indice

- 1. Ufficio**
- 2. Consiglio di fondazione**
- 3. Cifre (evoluzione dei casi)**
 - 3.1 Entrate per materia**
 - 3.2 Entrate per ramo d'assicurazione**
 - 3.3 Entrate per lingua**
 - 3.4 Interventi dell' Ufficio di mediazione**
 - 3.5 Sviluppo delle entrate (riassunto)**
- 4. I principi di svolgimento dell'attività di mediazione**
 - 4.1 Quando è competente l'Ufficio di mediazione?**
 - 4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?**
 - 4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?**
 - 4.4 E cosa accade, se l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?**
 - 4.5 Cosa si possono attendere gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?**
 - 4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattia?**
- 5. Dalla prassi dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo LAMal**
 - 5.1 La partecipazione ai costi secondo l'art. 64 LAMal**
 - 5.2 Il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio secondo l'articolo 25 cpv. 2 lett. g LAMal**
 - 5.3 Il dovere d'informazione dell'assicuratore secondo l'art. 27 cpv. 1 LPGa**
 - 5.4 La sospensione della copertura dell'infortunio ai sensi dell'art. 8 LAMal**

- 6. Dalla prassi delle assicurazioni complementari secondo LCA**
 - 6.1 Le prestazioni dell'assicurazione complementare ospedaliera**
 - 6.2 La procedura di diffida ai sensi dell'art. 20 e 21 LCA**
 - 6.3 Il cambiamento di cassa malati**
- 7. Dalla prassi dei casi con riferimenti all'estero**

Per rendere più scorrevole la lettura del rapporto è stata utilizzata unicamente la forma maschile.

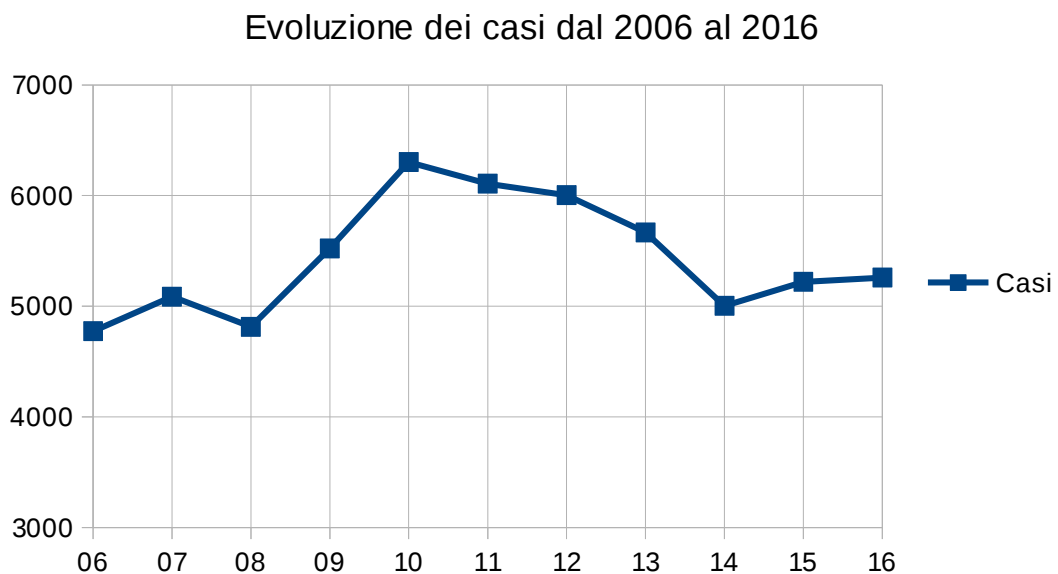
1 Ufficio

Nel 2016 il servizio dell'Ufficio di mediazione è stato gestito dalla mediatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avvocato), dal suo sostituto (Fürsprecher Thomas Schmutz, avvocato bernese), da cinque collaboratrici con formazione giuridica (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann e Lorena Tronto) e da due specialisti in assicurazione malattia (Charles Lorétan e Eliane Liniger). Il 31 dicembre 2016 l'Ufficio disponeva di 6,0 posti di lavoro.

2 Consiglio di fondazione

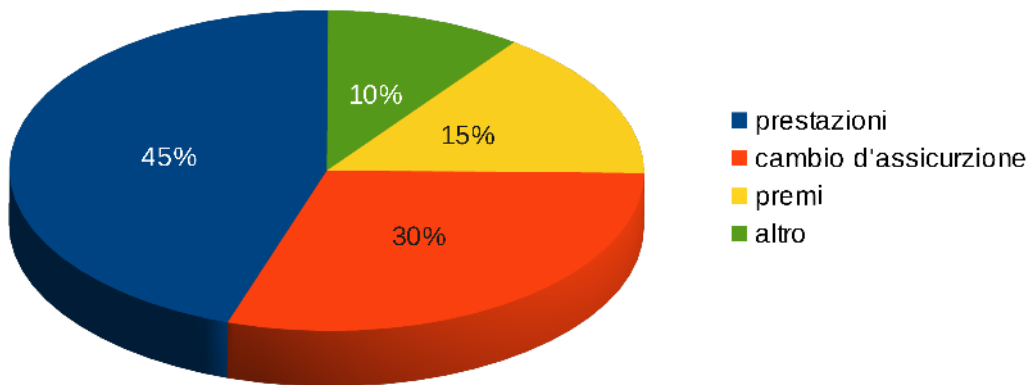
Il Consiglio di fondazione si è incontrato l'11 maggio 2016 per approvare il conto annuale 2015 così come il rapporto annuale 2015. Il 15 novembre 2016 si è riunito per discutere il budget 2017 e la gestione in corso dell'Ufficio di mediazione.

3 Cifre



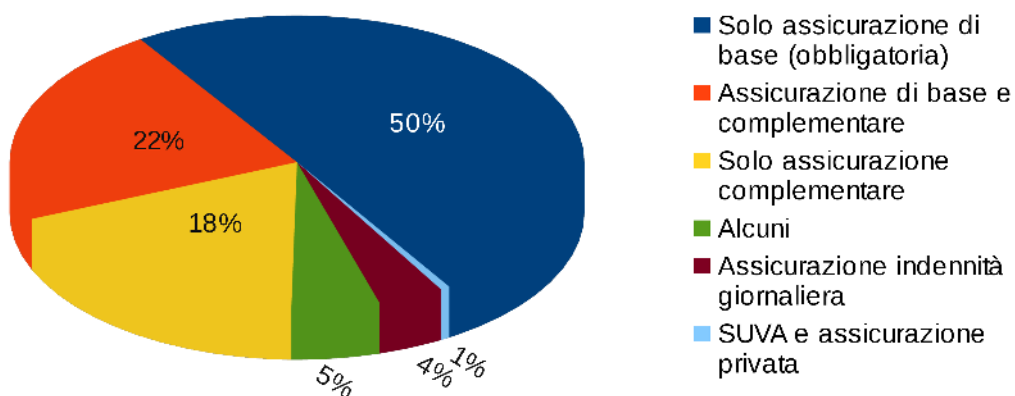
3.1 Entrate per materia

Nel 2016, anno di riferimento del presente rapporto, l'Ufficio di mediazione si è visto confrontato con 5259 entrate (2015: 5221). Si è quindi verificato un aumento pari al 0,72% rispetto all'anno precedente. La suddivisione delle entrate per materia mostra il seguente quadro: 2388 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2015: 2678), 1517 nell'ambito della conclusione o del cambiamento di assicurazione (2015: 1545) e 814 riguardanti i premi/contributi (2015: 755). I restanti 540 casi concernevano richieste di natura generale (2015: 243).

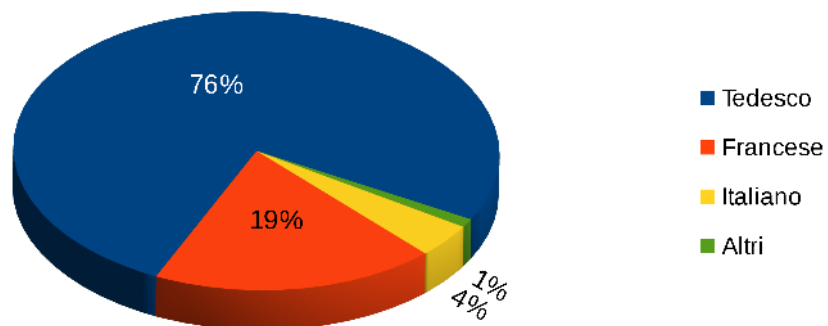


3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

2689 casi riguardavano unicamente l'assicurazione di base (2015: 2710), 950 solo l'assicurazione complementare (2015: 885), 1144 entrambe le assicurazioni (2015: 1117). In 192 casi le richieste riguardavano l'assicurazione indennità giornaliera (2015: 256). In 28 casi dovevamo mandare gli assicurati presso l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA. Le restanti 256 entrate concernevano questioni di natura generale, in parte non in relazione con l'assicurazione malattia (2015: 253).

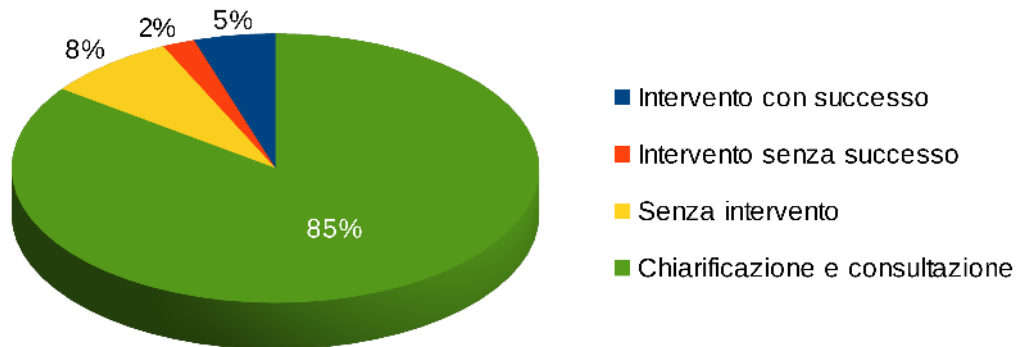


3.3 Entrate per lingua



4043 entrate sono state presentate in tedesco (2015: 4114), 994 in francese (2015: 860) e 192 in italiano (2015: 178). In altre lingue (inglese e spagnolo) 30 (2015: 69).

3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione



Con questa nuova statistica introdotta nell'anno in rassegna vorremmo indicare al lettore la qualità del lavoro delle nostre casse malati. In 85% dei casi il ruolo del nostro Ufficio di mediazione consiste a confermare la decisione dell'assicuratore o a spiegarla all'assicurato. Nel contempo risulta che l'Ufficio di mediazione interviene presso un assicuratore solo quando è veramente necessario. In pratica, esso è intervenuto in totale in 7% dei casi con una proposta che è stata accolta in 5% dei casi, ossia con una quota di successo di oltre il 71%. Nel 8% dei casi l'Ufficio di mediazione non è intervenuto, nel senso che non ha formulato nessuna proposta alle casse malati, ma si è unicamente limitato a richiedere i documenti, che non era stato possibile ottenere dagli assicurati a causa di difficoltà legate alla lingua o all'età.

3.5 Evoluzione delle entrate (riassunto)

Mentre il numero di casi presentati nel 2014 corrispondeva in larga misura al numero medio dei casi degli anni precedenti, nel 2015 vi è stato un incremento del 4.33% e nel periodo in rassegna c'è stato un ulteriore accrescimento dello 0.72%. Nel 2016 questo aumento si riscontra in particolare negli ambiti "premi/contributi" e "altri".

Per quanto attiene ai "premi/contributi", si rileva un aumento delle richieste in relazione alla partecipazione ai costi, in particolare in caso di maternità. Il nuovo art. 64 cpv. 7 LAMal, in vigore dal 1° marzo 2014, ha portato manifestamente a malintesi nella sua applicazione (cfr. capitolo 6).

Il sensibile aumento del numero dei casi nell'ambito "altri" è per contro da ricondurre al fatto che il nostro Ufficio di mediazione sempre più spesso è sollecitato dai servizi di consulenza in materia di debiti, dai servizi sociali

e dai medici che chiedono consigli in ambiti in cui non siamo competenti o lo siamo solo in parte (come per esempio l'assicurazione per l'invalidità, la riduzione dei premi, la lista degli assicurati in mora [la cosiddetta lista nera], i casi di responsabilità civile, etc.). Nell'ambito di tali domande, ci limitiamo a una breve consultazione telefonica o via e-mail, indicando a chi ci si può, se necessario, rivolgersi. Rinunciamo in tali casi all'intervento sulla cassa malati in quanto sovraccaricherebbe le nostre risorse in termini di tempo e di personale.

4 I principi di svolgimento dell'attività di mediazione

Pure quest'anno risulta indispensabile descrivere i compiti dell'Ufficio di mediazione, in quanto un numero crescente di cittadini trasmette richieste che esulano dalla sua competenza. Alcuni assicurati sono ad esempio dell'avviso che l'attività di mediazione consista nel gratuito patrocinio e ritengono quindi di poter impartire alla mediatrice e ai suoi collaboratori delle direttive; altri scambiano l'Ufficio per un'istanza giudiziaria, ritenendo che l'appello all'Ufficio possa interrompere i termini previsti nella relativa procedura. Dai fornitori di prestazioni inoltre, così come da altre istituzioni e dai rappresentanti di categoria l'Ufficio viene invece considerato un centro peritale competente rispettivamente abilitato a fornire consulenze giuridiche, le cui opinioni possono essere sfruttate anche sul piano politico. Anche per i collaboratori delle casse malati infine non è sempre chiaro, quando gli assicurati possono far capo all'Ufficio di fondazione e quando non lo possono.

Secondo l'atto di fondazione e il corrispettivo regolamento il compito principale dell'Ufficio di mediazione consiste nel chiarire eventuali equivoci sorti tra assicurato e assicuratore malattie e altresì mediare delle soluzioni in caso di opinioni contrastanti. In questo ambito l'Ufficio fornisce la propria consulenza in questioni riguardanti l'assicurazione malattie e informa sulla legislazione attuale così come sulla giurisprudenza del Tribunale federale. In tale contesto l'ente fornisce in primo luogo informazioni relative ad una fattispecie concreta. In caso di richieste che esulano dalla propria competenza rinvia invece gli istanti ad altri uffici di consulenza e a organizzazioni di soccorso. Nei confronti di un assicuratore malattia, infine, interviene soltanto se il richiedente dispone della necessaria documentazione.

L'Ufficio di mediazione persegue quindi lo scopo di aiutare gli assicurati gratuitamente e in modo informale in caso di divergenze d'opinione con il proprio assicuratore malattia e a condizione che non dispongano di un'assicurazione giuridica né siano rappresentati da un avvocato.

4.1 Quando è competente l'Ufficio di mediazione?

L'Ufficio è competente quando vi è un contratto di assicurazione relativo all'assicurazione malattie obbligatoria secondo la legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LAMal) e/o inerente le prestazioni complementari secondo la legge sul contratto di assicurazione (LCA) e se la vertenza concerne un assicurato e una cassa malati riconosciuta secondo l'art. 11-13 LAMal avente sede in Svizzera.

Nell'ambito dell'assicurazione malattie obbligatoria secondo la LAMal gli assicurati sono confrontati soprattutto con i temi seguenti:

- obbligo assicurativo (adesione, esenzione, sospensione),
- modelli assicurativi alternativi (franchigie opzionali, assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, ecc.),
- cambiamento di cassa,
- prestazioni (in caso di malattia, infortunio - in via sussidiaria - e maternità),
- prestazioni all'estero,
- trattamenti dentari,
- premi e partecipazione ai costi,
- incasso,
- assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera,
- protezione dei dati (obbligo di collaborare, visione degli atti), ecc..

Nell'ambito delle assicurazioni complementari secondo la LCA i temi seguenti toccano prevalentemente gli assicurati:

- offerta assicurativa,
- reticenza,
- incasso,
- prestazioni,
- prescrizione,
- giustificazioni incombenti all'avente diritto,
- assicurazione indennità giornaliera,
- obbligo di ridurre il danno,
- doppia assicurazione, ecc..

4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?

Le possibilità di intervenire dell'Ufficio di mediazione è limitata. Infatti, se nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria l'assicuratore ha già emanato una **decisione formale**, l'assicurato deve intraprendere le vie legali. In tali condizioni una mediazione non è infatti più possibile. Inoltre l'Ufficio di mediazione non fornisce valutazioni sul possibile esito del ricorso né dà consigli su come procedere.

L'Ufficio di mediazione **non è competente**:

- in caso di **liti tra fornitori di prestazioni e pazienti**, per esempio relative alle cure o alla responsabilità civile. In tal caso l'Ufficio deve rinviare l'assicurato all'Ombudsman dei medici (con sede nel cantone di residenza) oppure ad un'organizzazione di pazienti o a un avvocato specializzato;
- in caso di **dispute tra un ente e i cittadini** in materia di riduzione dei premi o di prestazioni complementari (ai sensi della legge federale sulle prestazioni complementari, LPC). A dipendenza del cantone o della città esistono degli uffici di mediazione di diritto pubblico, a cui i cittadini si possono rivolgere;

- in caso di **conflitti tra singoli enti** (ad esempio i servizi sociali), che non concordano sulla ripartizione dei premi non versati;
- per **rivedere i premi dell'assicurazione obbligatoria e dell'assicurazione complementare approvati ufficialmente**. Gli assicuratori malattia possono applicare unicamente premi approvati e quindi vincolanti, il cui calcolo l'Ufficio di mediazione non può mettere in discussione. Quest'ultimo può intervenire soltanto se, all'interno di una tariffa approvata, un assicurato è stato classificato erroneamente;
- in caso di **comportamento scorretto di agenti d'assicurazione indipendenti (cosiddetti intermediari)**, per i quali l'assicuratore non è responsabile.

In tutti questi casi l'Ufficio di mediazione si limita a fornire informazioni verbali brevi.

4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?

Di regola gli assicurati si rivolgono all'Ufficio personalmente per telefono o per posta, e, in misura crescente, tramite mail. Questo mezzo di comunicazione rende possibile una presa di contatto veloce, tuttavia non è adeguato per trasmettere dati medici. Capita inoltre ripetutamente che molte richieste non vengono documentate correttamente, per cui è necessario sottoporre dei quesiti supplementari. Il sito web dell'Ufficio di mediazione (www.om-kv.ch) contiene un formulario di contatto e indicazioni relative alla sicurezza dei dati.

Sempre più spesso l'Ufficio viene interpellato anche da fornitori di prestazioni e servizi sociali, i quali si adoperano per i loro pazienti e clienti in difficoltà con l'assicuratore malattia. L'Ufficio entra tuttavia nel merito di tali richieste solo se pazienti e clienti lo desiderano espressamente. Non fa infatti parte dei compiti attribuiti al mediatore quello di alleggerire la mole di lavoro di altre organizzazioni oppure di mischiarsi in liti tra fornitori di prestazioni e assicuratori riguardanti la politica tariffale. A questo scopo esistono altre autorità competenti. Nei confronti di richieste formulate da assicurati assistiti dai servizi sociali l'Ufficio di mediazione è di principio reticente, limitandosi a fornire informazioni giuridiche verbali. Di regola inoltre il mediatore non interviene presso gli assicuratori malattia, in quanto non può assumersi compiti che spettano a enti pubblici.

Spesso l'Ufficio di mediazione viene contattato anche da fiduciari in nome dei propri clienti. Anche in tale ipotesi l'atteggiamento è reticente. Fondamentalmente i servizi del mediatore vanno a favore dell'assicurato e non della ditta che, tramite servizi di consulenza, si procaccia dei guadagni.

4.4 Cosa accade se l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?

In questi casi l'Ufficio di mediazione non si attiva. Purtroppo accade spesso che, invece di fornire la prestazione assicurata (che consiste nella consulenza giuridica e nella rappresentanza legale), l'assicurazione giuridica rinvia gli assicurati direttamente all'Ufficio di mediazione, affinché li aiuti gratuitamente. Ciò significa che questi assicurati hanno pagato dei premi per una prestazione che, di fatto, non viene fornita. Competente in caso di liti con le assicurazioni giuridiche è l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione privata e dell'INSAI (SUVA) a Zurigo, a cui hanno aderito tutte le assicurazioni giuridiche.

4.5 Cosa si possono attendere gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?

Gli assicurati ottengono una valutazione dei loro problemi e un sostegno nel caso in cui un'intesa con l'assicuratore malattia non è più possibile. Le questioni sottoposte vengono esaminate in dettaglio. Eventualmente l'Ufficio si rivolge direttamente all'assicuratore malattia. Nella maggior parte dei casi gli interventi così come le prese di posizione delle Casse vengono effettuati in forma scritta. Se la questione è urgente gli assicuratori malattia vengono interpellati per telefono. L'Ufficio di mediazione dispone di persone di contatto presso ogni assicuratore, le quali si occupano direttamente delle istanze, le esaminano internamente e forniscono una risposta. Se accerta che la persona assicurata è in errore l'Ufficio di mediazione le illustra le disposizioni legali e contrattuali, le spiega il sistema assicurativo e le fornisce dei consigli al fine di evitare ulteriori malintesi.

4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattia?

Ufficio di mediazione si occupa di casi concreti e in particolare del diritto applicabile. Non essendo un' autorità di sorveglianza degli assicuratori malattie non può impartire delle direttive né in via generale né in un caso concreto. Il suo compito consiste nella mediazione, la quale presuppone fondamentalmente la fiducia sia della persona assicurata che dell'assicuratore malattie.

Il regolamento autorizza l'Ufficio di mediazione ad informare le Federazioni centrali degli assicuratori malattia o addirittura l'opinione pubblica, nel caso in cui, in un ambito specifico, le rimostranze degli assicurati si accumulano. Preliminarmente si rivolge tuttavia agli assicuratori interessati e sollecita direttamente dei miglioramenti. Con ciò contribuisce ad assicurare la qualità del settore e, in determinati ambiti, può influenzare effettivamente la politica aziendale degli assicuratori malattia.

L'Ufficio di mediazione prende regolarmente contatto con la gestione amministrativa degli assicuratori malattia e segnala ad esempio se dei problemi si cumulano. Di regola gli assicuratori approvano questi interventi e sono disposti a dar man forte ai fini del conseguimento di una soluzione non burocratica.

5 Dalla prassi dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo LAMal

Il funzionamento e l'efficacia dell'Ufficio di mediazione saranno illustrati di seguito attraverso relazioni comprendenti brevi riassunti di casi scelti quali esempi o di casi che sollevano le questioni e le difficoltà frequenti o particolari riscontrate. Per ragioni legate alla protezione della personalità, i nomi e i dati personali saranno tralasciati o modificati. I fatti, gli accertamenti svolti e le soluzioni consigliate saranno esposti in maniera semplificata.

5.1 La partecipazione ai costi secondo l'art. 64 LAMal

Anche nel rapporto annuale in rassegna molte richieste hanno riguardato la partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità. L'applicazione della modifica legislativa entrata in vigore il 1° marzo 2014 è sempre fonte di insicurezza sia per gli assicurati che per i collaboratori delle casse malati.

Caso n° 1

Un'assicurata ha avuto un aborto nella 12a. settimana di gravidanza e ha dovuto subire un intervento di raschiamento (curetage). La cassa malati ha riscosso una partecipazione ai costi con la quale l'assicurata non è d'accordo.

Conformemente all'art. 64 cpv. 7 vLAMal (in vigore fino al 28 febbraio 2014) l'assicuratore non poteva riscuotere alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità. La delimitazione tra le prestazioni specifiche di maternità e le altre prestazioni che in base alla legge non erano liberate dalla partecipazione ai costi, nonostante fossero in stretta relazione con la maternità, determinava uno svantaggio per le donne che subivano complicazioni durante la loro gravidanza.

A far tempo dall'entrata in vigore del nuovo art. 64 cpv. 7 lett. a e b LAMal lo svantaggio si è in parte risolto. In effetti, con la nuova disposizione legale sono esenti da partecipazione ai costi sia le prestazioni specifiche di maternità di cui l'art. 29 cpv. 2 LAMal (lett. a), che le prestazioni di cui agli art. 25 e 25a LAMal che sono fornite a partire dalla 13a settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.

Un aborto spontaneo è una complicazione intervenuta durante la gravidanza. Non si tratta di una prestazione specifica di maternità ai sensi dell'art. 29 LAMal. Se a causa di questa complicazione, un trattamento medico si rende necessario, come per esempio un raschiamento, allora esso deve essere considerato come una malattia ai sensi degli art. 25 e 25a LAMal. Conformemente all'art. 64 cpv. 1 e 2 LAMal, fino alla 12a settimana di gravidanza (inclusa), vi è un obbligo per

l'assicurata di partecipare ai costi, di cui è però liberata dalla 13a settimana di gravidanza conformemente all'art. 64 cpv. 7 lett. b LAMal.

Nel caso concreto si è proceduto al raschiamento nella 12a di gravidanza. Considerato che il legislatore ha esentato dalla partecipazione ai costi le complicazioni legate alla gravidanza solo a partire dalla 13a settimana, la partecipazione ai costi fatturata all'assicurata nel caso concreto non è da criticare.

Osservazione:

1. Se l'assicurata avesse subito l'aborto spontaneo tra la 13a e la 23a settimana di gravidanza, le eventuali prestazioni sarebbero state liberate dalla partecipazione ai costi.
2. Se l'assicurata avesse subito l'aborto nella 24a settimana di gravidanza, allora si parlerebbe di nascita di feto morto che è considerata, dopo la 23a settimana di gravidanza, alla stregua di un parto (art. 105 cpv. 2 OAMal). L'assicurata non sarebbe stata pertanto tenuta al pagamento della partecipazione ai costi per le prestazioni fornite durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto (art. 64 cpv. 7 lett. b LAMal).

Caso n° 2

Il padre di un'assicurata ci ha comunicato che sua figlia aveva subito un'interruzione della gravidanza non punibile penalmente nella dodicesima settimana di gravidanza. Egli voleva sapere se è vero che una partecipazione ai costi è dovuta in caso di interruzione della gravidanza non punibile penalmente. Inoltre egli ci ha chiesto se nel caso concreto sarebbe cambiato qualcosa relativamente alla partecipazione ai costi se l'interruzione avesse avuto luogo a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza.

Conformemente all'art. 119 CP, l'interruzione della gravidanza non è punibile penalmente in due casi:

1. se l'intervento, in base al giudizio di un medico, è necessario per evitare alla gestante il pericolo di un grave danno fisico o di una grave angustia psichica. Il pericolo deve essere tanto più grave quanto più avanzata è la gravidanza.
2. se l'interruzione, su richiesta scritta della gestante che fa valere uno stato di angustia, è effettuata entro dodici settimane dall'inizio dell'ultima mestruazione da un medico abilitato ad esercitare la professione. Prima dell'intervento, il medico tiene personalmente un colloquio approfondito con la gestante e le fornisce tutte le informazioni utili.

In entrambi i casi non si tratta né di una prestazione specifica di maternità né di una complicazione della gravidanza ma si tratta di un aborto voluto.

Conformemente all'art. 30 LAMal, in caso d'interruzione non punibile della gravidanza ai sensi dell'art. 119 CP, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ne assume i costi come in caso di malattia.

Secondo l'art. 64 cpv. 1 e 2 LAMal, in caso di malattia, gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute. Un'esenzione dalla partecipazione ai costi non è accordata in base all'art. 64 cpv. 7 LAMal.

Nel caso concreto, la risposta al quesito del padre dell'assicurata è stata dunque la seguente: L'assicurata deve sempre pagare una partecipazione ai costi per un'interruzione non punibile della gravidanza. Dal punto di vista dell'assicurazione malattie è irrilevante il momento dell'intervento.

Caso n° 3

Un'assicurata incinta si è lamentata del fatto che la cassa malati le aveva domandato una partecipazione ai costi per analisi di laboratorio ordinate dal suo ginecologo nel corso delle prime settimane di gravidanza, fornendo quale motivazione che si trattava di un esame effettuato prima della 13a settimana di gravidanza. L'assicurata voleva effettivamente sapere se le analisi di laboratorio sono esentate da franchigia solo a partire dalla 13a settimana.

Ai sensi dell'art. 64 cpv. 7 LAMal, il legislatore differenzia le prestazioni specifiche di maternità di cui all'art. 29 LAMal, le quali con poche eccezioni non sono vincolate a un termine, dalle prestazioni obbligatorie di cui agli art. 25 e 25a LAMal, per le quali non può essere riscossa alcuna partecipazione ai costi a partire dalla 13a settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto.

Le prestazioni specifiche di maternità comprendono, tra l'altro, gli esami di controllo prescritti da un medico (art. 29 cpv. 2 LAMal). Nel caso di una gravidanza normale, il ginecologo procede segnatamente alle analisi di laboratorio necessarie durante la prima consultazione e durante quelle ulteriori, secondo l'elenco delle analisi (EA) (cfr. art. 13 lett. a n. 1 OPre). Tali prestazioni sono fornite in parte prima della 13a settimana di gravidanza; siccome si tratta di prestazioni di maternità ai sensi dell'art. 29 LAMal, esse sono esenti dalla partecipazione ai costi, conformemente all'art. 64 cpv. 7 lett. a LAMal.

Le analisi di laboratorio effettuate durante il controllo di donne in gravidanza non devono essere confuse con le analisi prescritte da un medico in caso di malattia ai sensi dell'art. 25 cpv. 1 lett. b LAMal.

Poiché nel caso di specie si è trattato di una prestazione specifica di maternità, abbiamo potuto rapidamente liquidare la questione intervenendo a favore dell'assicurata.

5.2 Il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio secondo l'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal

La distinzione tra spese di trasporto necessarie dal profilo medico e spese di salvataggio è un altro tema che ci occupa di continuo (art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in relazione con gli art. 26 e 27 OPre).

In conformità dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in relazione con l'art. 26 OPre, l'assicurazione assume il 50% delle spese per un **trasporto indicato dal profilo medico** al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di franchi 500.00 per anno civile. Il trasporto deve essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso.

Un trasporto è indicato dal profilo medico quando la persona deve essere portata a un fornitore di prestazioni per essere sottoposta alle misure necessarie dal profilo medico, senza che essa si trovi nello stato di emergenza di una situazione di salvataggio (art. 26 OPre; DTF 130 V 424 consid. 3.2). Il trasporto deve tuttavia avere quale fine l'attuazione di una prestazione obbligatoria legale (SBVR Soziale Sicherheit- Eugster, nota marginale 465).

Conformemente all'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in relazione con l'art. 27 OPre, l'assicurazione assume il 50% delle spese per i **salvataggi** in Svizzera. Il contributo massimo è di franchi 5'000.00 per anno civile.

Il salvataggio può concernere tre situazioni: la liberazione da un pericolo particolarmente minaccioso per la salute e la vita o la somministrazione urgente di assistenza medica o entrambi i casi. In linea di principio, il salvataggio costituisce un aiuto organizzato sotto responsabilità medica ed è pertanto da considerare più che un trasporto medico d'urgenza. Di conseguenza, la nozione di spese di salvataggio non si limita unicamente ai costi di trasporto ma ingloba anche tutte le misure che sono necessarie al salvataggio della persona interessata (art. 27 OPre; DTF 130 V 424 consid. 3.3). Si tratta di preservare la vita della persona assicurata, di evitare la messa in pericolo di vita consecutiva al peggioramento rapido dello stato di salute, o d'impedire un pregiudizio grave alla salute. La nozione di salvataggio implica una situazione d'emergenza. La necessità di una misura di salvataggio si determina secondo le circostanze nel momento in cui l'aiuto è richiesto o ordinato (SBVR Soziale Sicherheit - Eugster, note marginali 473 e 474).

La caratteristica delle misure di salvataggio è che, di regola, queste misure non possono essere pianificate, contrariamente ai trasporti previsti dall'art. 26 OPre.

Caso n° 4

Una giovane donna era vittima regolarmente di svenimenti in strada, che causavano spese ingenti per la sua famiglia, nella misura in cui ogni volta era stato richiesto l'intervento di un'ambulanza. L'assicuratore assumeva la maggior parte delle spese di trasporto indicate dal profilo medico. Tuttavia i franchi 500.00 annui previsti a tal riguardo erano raggiunti rapidamente. I genitori dell'assicurata si sono rivolti all'Ufficio di mediazione e volevano sapere se qualcuno dei trasporti non avrebbe potuto essere contabilizzato a titolo di spese di salvataggio.

I nostri approfondimenti hanno evidenziato che due trasporti all'ospedale erano stati contabilizzati a torto come spese di trasporto ai sensi dell'art. 26 OPre invece che spese di salvataggio ai sensi dell'art. 27 OPre. In effetti, si è trattato nei due casi di evitare la messa in pericolo della vita conseguente al rapido peggioramento dello stato di salute. Questo è stato confortato ugualmente dal verbale del servizio di salvataggio. Grazie all'intervento dell'Ufficio di mediazione, la fattura dei servizi è stata corretta.

Nel caso seguente, ci troviamo confrontati con un trasporto indicato dal profilo medico ma dove la questione da esaminare concerne il trasporto per il rientro, che di norma non è assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In effetti, conformemente alla legge, la cassa malati assume solo il trasporto verso un fornitore di prestazioni ma non il trasporto per il rientro. Vi sono tuttavia due eccezioni:

Caso n° 5

Dopo una degenza ospedaliera, un'assicurata è stata riportata dall'ospedale alla casa di riposo medicalizzata. La cassa malati ha rifiutato di assumere i costi sostenuti in quanto si trattava di un trasporto per il rientro e non di un trasporto verso un fornitore di prestazioni autorizzato. Il marito dell'assicurata, nel frattempo deceduta, non era d'accordo con questa decisione.

Le nostre indagini hanno potuto appurare che l'assicurata era in sedia a rotelle e necessitava l'uso di ossigeno. Il trasporto poteva essere effettuato unicamente con l'aiuto di una terza persona. L'assicurata non era dunque nello stato di salute per utilizzare un mezzo di trasporto pubblico. Per potere trasportare in sicurezza la paziente, malgrado i suoi problemi di salute, al luogo del trattamento e poi poterla riportare indietro, il trasporto in entrambe le direzioni era indicato come necessario dal profilo medico conformemente all'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal in relazione con l'art. 26 OPre.

Dopo l'intervento dell'Ufficio di mediazione, la cassa malati ha ammesso che in questo caso vi era la possibilità di fare un'eccezione alla regola. Essa ha dunque assunto la sua parte per il trasporto di ritorno a titolo di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.3 Il dovere d'informazione dell'assicuratore secondo l'art. 27 cpv. 1 LPGA.

Nel caso seguente si poneva la questione dell'obbligo per le casse malati di informare un assicurato sui suoi diritti dopo che egli l'aveva informata per iscritto sulla necessità di un trattamento imminente e - su domanda espressa della cassa malati – le aveva trasmesso una copia della prescrizione medica:

Caso n° 6

Un assicurato si era fatto prescrivere nove sedute di fisioterapia dal suo medico di famiglia. Prima di cominciare il primo trattamento, egli si è informato dalla sua cassa malati sulla necessità di trasmettere la prescrizione medica, ciò che gli è stato confermato dalla stessa per iscritto. L'assicurato ha dunque inviato il giorno seguente alla cassa malati la copia della prescrizione richiesta senza ulteriore indicazione. In seguito l'assicurato si è fatto curare dalla terapeuta, trasmettendo la fattura alla cassa malati alla fine delle nove sedute. Questa ha rifiutato di assumere i costi motivando che la terapeuta in questione non era una fornitrice di prestazioni riconosciuta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'assicurato non era d'accordo con tale decisione. Egli ha rivendicato di avere trasmesso una copia della prescrizione medica alla cassa malati prima dell'inizio del trattamento, conformemente a quanto da essa voluto. La cassa malati avrebbe dovuto esaminare questa copia e informarlo del non riconoscimento della fornitrice di prestazioni, ciò che però non era stato fatto. La cassa malati non ha contestato di avere ricevuto la copia della prescrizione medica. Essa ha solo indicato che l'assicurato non aveva diritto al rimborso delle spese.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto sulla cassa malati, invocando l'art. 27 cpv. 1 LPGA, secondo cui gli assicuratori – compresa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal – sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi.

Inoltre, l'Ufficio di mediazione ha rinviato al principio della buona fede che protegge il cittadino nella sua legittima fiducia sul corretto comportamento delle autorità. Questo significa segnatamente che le false informazioni ricevute dall'amministrazione possono condurre, a certe condizioni, a un trattamento del soggetto interessato contrario al diritto materiale. Conformemente alla giurisprudenza e alla dottrina, l'autorità è vincolata a indicazioni errate,

1. quando essa è intervenuta in una situazione concreta nei confronti di una persona determinata;
2. quando essa era competente per dare le informazioni richieste oppure quando l'assicurato poteva ritenere sulla base di motivi sufficienti che l'autorità fosse competente;

3. quando l'assicurato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ottenuta;
4. quando egli ha agito fidandosi della correttezza delle informazioni ricevute per prendere disposizioni che non possono più essere revocate senza che ne subisca pregiudizio;
5. quando l'ordinamento legale non è stato modificato dopo che è stata data l'informazione;

(cfr. DTF 121 V 65, 66 consid. 2.).

In tale contesto l'Ufficio di mediazione ha dapprima sostenuto nella sua argomentazione che, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le casse malati agiscono come organi dello Stato e sono dunque considerate come autorità ai sensi della giurisprudenza.

Nella misura in cui nel caso concreto, non si trattava di un'informazione errata bensì di un'informazione omessa, l'Ufficio di mediazione si è fondato su una sentenza del Tribunale federale, secondo cui la mancanza d'informazione, in violazione dell'obbligo legale, doveva essere trattata come informazione errata (cfr. sentenza non pubblicata del Tribunale federale B 27/10 del 10 ottobre 2011, consid. 9c.aa). Inoltre l'Ufficio di mediazione ha rinviato a un'altra sentenza del Tribunale federale, secondo cui la tutela del principio della buona fede interviene non solo in relazione con un'informazione errata ma anche quando il comportamento dell'autorità è suscettibile di generare aspettative presso gli assicurati che sono allora protetti (cfr. sentenza non pubblicata del Tribunale federale K 107/05 del 25 ottobre 2005, consid. 3.2).

In conclusione, l'assicurato ha fatto tutto quanto gli era possibile per poter essere sicuro che le spese per le nove sedute di fisioterapia fossero assunte dall'assicurazione. La cassa malati non aveva per contro soddisfatto il suo dovere di accertare e successivamente di informare conformemente all'art. 27 cpv. 1 LPGa.

Nel caso concreto, l'Ufficio di mediazione ha potuto dimostrare con successo alla cassa malati che erano date tutte le condizioni per le quali essa era tenuta, in virtù del principio della buona fede, ad assumere i costi delle note prestazioni. L'assicurato ha allora ricevuto il rimborso domandato.

5.4 La sospensione della copertura dell'infortunio ai sensi dell'art. 8 LAMal.

Molti assicurati disapprovano il fatto che la sospensione della copertura dell'infortunio, che conduce a una diminuzione del premio, interviene solo su domanda conformemente all'art. 8 LAMal in relazione con l'art. 11 OAMal. Noi continuiamo a ricevere domande su questo tema:

Caso n° 7

Una persona arrivata in Svizzera dall'estero si era assicurata tempestivamente, ossia nei tre mesi successivi alla presa di domicilio in Svizzera, presso una cassa malati autorizzata. È solo al momento dell'adesione alla cassa malati che ha potuto comunicare all'assicuratore che era integralmente coperta secondo la LAINF dal suo datore di lavoro. Essa non comprendeva perché la sospensione della copertura dell'infortunio non poteva cominciare al momento della presa di domicilio in Svizzera come per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Gli abbiamo dapprima spiegato gli art. 8 LAMal e 11 OAMal, secondo cui la sospensione deve essere effettuata su domanda scritta dell'assicurato e inizia al più presto il primo giorno del mese che segue questa domanda. La sospensione non è dunque automatica.

Le nostre indagini presso l'autorità di vigilanza competente hanno mostrato che l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha sempre rifiutato, in conformità dell'art. 8 LAMal e del testo chiaro dell'art. 11 cpv. 1 OAMal, ogni eccezione per una sospensione con effetto retroattivo della copertura dell'infortunio. Questa pratica continua a essere seguita anche quando la persona assicurata non è responsabile del ritardo dell'annuncio (per esempio dopo l'inizio di un apprendistato, dopo l'aumento del tasso d'attività, dopo una decisione tardiva dell'assicurazione disoccupazione). Nell'ottica di mantenere una pratica costante, l'UFSP mantiene la medesima opinione anche nel caso di una persona arrivata in Svizzera dall'estero che è assicurata retroattivamente. Abbiamo comunicato queste considerazioni all'assicurato.

6 Dalla prassi delle assicurazioni complementari secondo la LCA

6.1 Le prestazioni fornite dall'assicurazione complementare ospedaliera

Nelle condizioni generali e speciali delle assicurazioni complementari ospedaliere viene regolarmente indicato un elenco degli ospedali che è possibile consultare presso l'assicuratore. Questo significa che l'assicuratore malattia ha concluso un contratto solo con questi ospedali. Di conseguenza, la copertura delle spese sarà data solo per gli ospedali che figurano nell'elenco. Questo vale non solo per coloro che hanno stipulato un'assicurazione complementare ospedaliera per il reparto comune in tutta la Svizzera, ma anche per coloro che hanno sottoscritto una copertura d'assicurazione privata o semiprivata. Molti di questi assicurati non ne sono consapevoli, come risulta nel caso seguente:

Caso n° 8

Un'assicurata si è lamentata al nostro Ufficio di mediazione perché la sua cassa malati non le offriva nessuna garanzia di copertura dei costi per un intervento pianificato in un determinato ospedale, per il fatto che quel fornitore di prestazioni non figurava nel suo elenco d'assicurazione complementare ospedaliera semiprivata e privata. L'assicurata voleva sapere da noi se ciò fosse corretto.

Dalle nostre indagini è emerso che l'ospedale in questione utilizza un nuovo procedimento in caso di operazione al cuore che permette ai pazienti di rientrare a casa due giorni dopo l'operazione. L'assicuratore malattia non è riuscito ad accordarsi con il fornitore di prestazioni sulla tariffa nell'ambito dell'assicurazione complementare ospedaliera semiprivata e privata, con la conseguenza che ha interrotto le negoziazioni e iscritto l'ospedale nell'elenco solo per la divisione comune. È stato proposto agli assicurati con assicurazione complementare ospedaliera semiprivata o privata sia di farsi operare in un altro ospedale secondo procedimento tradizionale (compreso il soggiorno ospedaliero di 14 giorni in divisione privata o semiprivata), che di sottoporsi a un intervento meno invasivo nel nuovo ospedale (compreso il soggiorno ospedaliero di 2 giorni in divisione comune). In questo ultimo caso, l'assicuratore era pronto a pagare agli assicurati un importo predeterminato per notte a titolo d'indennizzo.

L'Ufficio di mediazione ha potuto solo confermare che l'avviso di rifiuto era corretto. In effetti, le assicurazioni complementari ospedaliere sono sottoposte al diritto privato. Quando gli assicuratori non si accordano con i fornitori di prestazioni (in casu l'ospedale), non si giunge a pattuizioni tariffali. Può accadere che un assicuratore riesca ad accordarsi con un ospedale determinato e che un altro assicuratore non ci riesca. Sono gli assicurati a rimetterci. Essi non possono semplicemente cambiare la loro

assicurazione complementare ospedaliera per ragioni legate all'età o alla loro salute.

Noi possiamo solo limitarci a consigliare agli assicurati di informarsi sempre per iscritto prima di un intervento previsto, per sapere se lo stesso è o meno coperto dalla polizza assicurativa esistente. Questo è il solo modo di evitare un pregiudizio finanziario.

6.2 La procedura di diffida ai sensi dell'art. 20 e 21 LCA.

Nell'ambito dell'assicurazione complementare, le esigenze di forma e di contenuto relative alla diffida sono particolarmente rigorose, considerate le gravi conseguenze economiche per la persona assicurata. Constatiamo regolarmente che le disposizioni pertinenti non sono sempre applicate in modo corretto e talvolta anche una nuova sentenza del Tribunale federale non giunge a chiarire un problema, quando permette interpretazioni diverse come risulta nel caso seguente:

Caso n° 9

L'assicurata era in ritardo con il pagamento e ha ricevuto un giorno una diffida ai sensi dell'art. 20 cpv. 1 LCA, nella quale le si chiedeva di pagare entro 30 giorni, con la comminatoria di sospendere le prestazioni alla scadenza del termine e di recedere dal contratto d'assicurazione nei due mesi che seguono (cosiddetta presunzione di recesso dal contratto assicurativo). Visto che non è stato possibile per l'assicurata effettuare il pagamento nel termine richiesto, le prestazioni sono state sospese. L'assicurata non era d'accordo con questo procedere e si è rivolta all'Ufficio di mediazione per un aiuto.

Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 138 III 2 segg.), la diffida scritta deve indicare gli importi di cui è richiesto il pagamento, come pure un termine di pagamento di 14 giorni che l'assicuratore può ugualmente prolungare a 30 giorni in favore dell'assicurato. La diffida deve soprattutto indicare le conseguenze della mora affinché il debitore ne abbia la consapevolezza. La comminatoria delle conseguenze della mora deve essere esplicita, chiara e completa. **Tutte le conseguenze della mora devono essere enunciate, ossia non solo la sospensione dell'obbligazione di prestazioni dell'assicuratore ai sensi dell'art. 20 cpv. 3 LCA ma anche il diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto, rispettivamente la presunzione di recesso conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA** (DTF 128 III 186, 187 consid. 2). Una semplice indicazione (allegata allo scritto di diffida) delle norme legali degli art. 20 seg. LCA non è sufficiente, come nemmeno il rinvio alle corrispondenti condizioni assicurative generali e speciali. Nemmeno è sufficiente l'indicazione secondo la quale possono essere richieste all'assicuratore informazioni complementari sulle conseguenze dell'assenza di pagamento (DTF 138 III 2, 7 consid. 4.2 con riferimenti).

Fondandoci sulla DTF 138 III 2 segg., abbiamo reso attenta la cassa malati sul fatto che, sia nel caso di cui si è occupato il Tribunale federale, che in quello in rassegna, solo due delle tre conseguenze della messa in mora figuravano nella diffida. Nella sentenza del Tribunale federale mancava l'indicazione della presunzione di recesso (rispettivamente finzione di recesso) stabilita all'art. 21 cpv. 1 LCA (cfr. DTF 138 III 2, 8 consid. 5.1) e nel caso che ci occupa il diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto. Secondo noi in ogni caso tutte e tre le conseguenze della messa in mora dovrebbero essere menzionate affinché la diffida soddisfi le esigenze giurisprudenziali.

Contrariamente alle previsioni, l'assicuratore non ha condiviso il nostro avviso e ha sostenuto che, nella sua enumerazione delle conseguenze della messa in mora (1. sospensione dell'obbligazione di prestazioni dell'assicuratore conformemente all'art. 20 cpv. 3 LCA; 2. diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto; rispettivamente 3. presunzione di recesso secondo l'art. 21 cpv. 1 LCA), il Tribunale federale ha utilizzato il termine "rispettivamente" con la conseguenza che le condizioni per una valida diffida sono parimenti date quando la sola menzione della presunzione di recesso è menzionata. Non abbiamo potuto condividere tale opinione. Secondo noi il termine "rispettivamente" non può essere, in questo contesto, sostituito con il termine "o" ma solo con "e" visto che l'indicazione della presunzione di recesso non deve mai essere omessa.

In realtà alla base della presunzione legale irrefragabile prevista all'art. 21 cpv. 1 LCA vi è la volontà del legislatore d'impedire che l'assicuratore rimanga inattivo durante un tempo maggiore e rivendichi solo successivamente il pagamento dei premi arretrati e nel frattempo scaduti (maturati), senza essere obbligato a versare le prestazioni durante questo periodo. L'assicurato deve sapere tempestivamente come è la sua situazione, per eventualmente potere trovare una copertura d'assicurazione altrove. Detto altrimenti, lo scopo è quello di raggiungere una chiarezza per quanto attiene al mantenimento del contratto. La sospensione della copertura assicurativa in caso di mantenimento (provvisorio) delle relazioni contrattuali esistenti, determina uno stato d'incertezza che, nell'interesse dell'assicurato, non può durare a lungo. Se l'assicurato è lasciato nell'incertezza per quanto riguarda la presunzione di disdetta, egli non può dedurre alcunchè dall'inazione tacita dell'assicuratore (senza richiedere i premi dovuti e senza domandare disdetta immediata nel termine di diffida di 14 giorni). Questa incertezza giuridica deve essere evitata con un'indicazione chiara nella diffida.

Sul livello di chiarezza richiesto dai giudici federali in relazione al mantenimento del contratto, l'assicurato deve essere pure informato del fatto che l'assicuratore ha diritto, trascorso il termine di 14 giorni, di recedere dal contratto. Di conseguenza, secondo noi, l'assicuratore non può scegliere tra le tre condizioni di messa in mora menzionate dalla giurisprudenza recente. Egli deve esporre tutte e tre le condizioni nella diffida, senza di che la stessa non è valida.

Nel caso concreto, l'assicuratore ha mantenuto il suo punto di vista. Abbiamo dunque constatato il fallimento della mediazione e lasciato

all'assicurata decidere se voleva far valere i suoi diritti con la via giudiziaria.

6.3 Il cambiamento di cassa malati.

Molti assicurati vorrebbero mantenere l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal e le assicurazioni complementari ai sensi della LCA presso il medesimo assicuratore malattia. A tal proposito, essi non sono consapevoli del fatto che le modalità per recedere dal contratto delle due assicurazioni non sono le medesime.

Caso n° 10

Un padre di famiglia voleva cambiare l'assicuratore malattia per lui e la sua famiglia per la fine dell'anno 2015. La sua lettera di disdetta, inviata per raccomandata, è stata ricevuta dall'assicuratore nei termini, ancora prima dell'ultimo giorno lavorativo in novembre. Quest'ultima gli ha allora confermato che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie si concluderà nei confronti di tutti i membri della famiglia per la fine dell'anno. Per quanto attiene invece alle assicurazioni complementari la disdetta è giunta troppo tardi o parte delle stesse potevano essere disdette solo fra qualche anno, visto che si trattava di assicurazioni complementari di durata pluriennale. Il padre di famiglia era disperato perché lui e la famiglia erano ora assicurati doppiamente, ciò che causava loro indubbiamente costi elevati. Egli voleva che l'Ufficio di mediazione gli indicasse come poteva risolvere il problema di doppia assicurazione.

L'Ufficio di mediazione ha potuto solo indicargli le spiegazioni seguenti:

Dopo ricezione della nuova polizza d'assicurazione nel mese di ottobre, gli assicurati hanno la possibilità di recedere dalla loro assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal per la fine dell'anno. Si tratta di un diritto di disdetta straordinario che spetta per legge agli assicurati, indipendentemente dal fatto di sapere se i nuovi premi saranno più o meno elevati di quelli attuali (art. 7 cpv. 2 LAMal).

Tale disposizione tipica del diritto delle assicurazioni sociali non vale per le assicurazioni complementari della LCA, le quali sono soggette al diritto privato. In effetti, le assicurazioni complementari possono essere disdette solo in caso di aumento di premi. Se l'importo dei premi dell'assicurazione complementare non aumenta per l'anno successivo, allora l'assicurato non potrà procedere in novembre a una disdetta straordinaria per la fine dell'anno.

Contrariamente a quanto accade nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, nel diritto privato non vi è divieto di doppia assicurazione. Di conseguenza, nel caso concreto, il padre di famiglia poteva solo domandare al nuovo assicuratore di sospendere le nuove assicurazioni complementari – nella misura in cui vi era doppia

assicurazione – fino a quando avrebbe potuto recedere correttamente dalle assicurazioni complementari esistenti nel corso dell'anno seguente. Ci sono buone probabilità che l'assicuratore faccia prova di comprensione, quando si tratta di assicurazioni complementari che possono in effetti essere disdette nel corso dell'anno.

È per contro più complicato quando l'assicurato ha concluso, nell'intervallo di un anno o di due anni, assicurazioni complementari di durata pluriennale, sia dall'assicuratore attuale che da un nuovo assicuratore. In questo caso resta solo la possibilità di una disdetta straordinaria in caso di versamento di prestazioni ai sensi dell'art. 42 LCA. Tale disdetta straordinaria vale solo per l'assicurazione complementare, che ha fornito effettivamente prestazioni.

Si tratta anche di fare attenzione che, in caso di situazione di doppia assicurazione, l'assicurato è tenuto a informare le due assicurazioni malattia della loro esistenza in caso di versamento di prestazioni e, per questioni di prova, per invio raccomandato. Se non lo fa, gli assicuratori malattia sono liberati dal contratto e non sono tenuti a indennizzo (art. 53 LCA). Se nessuna prestazione è fornita, allora nessun recesso ai sensi dell'art. 42 LCA è possibile.

L'Ufficio di mediazione continua a raccomandare agli assicurati di essere molto prudenti prima di recedere dalle assicurazioni complementari della LCA non solo perché ciò può condurre a doppia assicurazione o assicurazione multipla, se non si rispettano i termini di disdetta, ma anche perché questo può condurre a recesso di assicurazioni complementari che non potranno più essere concluse di seguito. Gli assicurati col passare degli anni diventano anziani, vedono comprometersi la loro salute o soffrono già di affezioni con tasso di recidiva elevato. Sofferenza non significa tuttavia sempre uno stato doloroso o un bisogno attuale di cura. Può per esempio anche trattarsi semplicemente di una mascella posizionata male di un bambino che dovrà essere curata solo fra qualche anno, come mostra il caso seguente:

Caso n° 11

Tante assicurazioni complementari dentarie includono una copertura di trattamenti ortopedici alla mascella ("kieferorthopädische Behandlung").

Una madre si era rivolta al nostro Ufficio chiedendoci un nostro parere in merito all'atteggiamento di un agente d'assicurazione che era venuto a trovarla a casa. Egli voleva convincerla a concludere una nuova assicurazione complementare dentaria (con incluso una copertura di trattamenti ortopedici alla mascella) per i suoi tre figli di 2, 4 e 7 anni, nonostante il fatto che tutti e tre erano già coperti per un tale rischio. I premi offerti erano allettanti in confronto a quelli che pagava per il contratto d'assicurazione esistente. Durante l'intrattenimento le erano venuti dei forti dubbi. Infatti, quando ha comunicato all'agente che il bimbo maggiore aveva già delle malposizioni dei denti ben visibili, questi le aveva risposto, bagatellizzando la questione, che con la perdita dei denti di latte il problema si sarebbe risolto da sé. La madre dei bambini

era incerta se firmare o meno la proposizione dell'agente e se era il caso di recedere dal contratto d'assicurazione esistente.

Il nostro Ufficio le ha raccomandato di essere molto prudente. Tanti non sanno che fino a quando un bambino non ha ancora raggiunto i cinque anni d'età si può concludere per esso generalmente senza problemi un'assicurazione complementare dentaria che include una copertura di trattamenti ortopedici alla mascella. Con l'avanzare dell'età diventa sempre più difficile, per non dire impossibile. Se poi si cambia l'assicurazione dentaria già esistente per risparmiare qualche franco, si rischia di perderla per sempre e di non ottenere più alcuna prestazione.

Nella fattispecie si è posto il problema, se il bimbo di sette anni non era già troppo grande per la conclusione di un nuovo contratto d'assicurazione. Per questo motivo abbiamo raccomandato alla madre, prima di recedere dal contratto esistente, di consultare in ogni caso il medico dentista curante di suo figlio per verificare la necessità o meno in futuro di un apparecchio dentario. In caso affermativo le avremmo dovuto sconsigliare di concludere un nuovo contratto per questo bambino, se non voleva rischiare costi dentari elevati che possono giungere, in caso di necessità di un apparecchio dentario, a parecchie migliaia di franchi.

Riassumendo, si può dire in generale che le assicurazioni complementari ai sensi della LCA dovrebbero essere disdette solo se non sono più utili o quando non si è più in grado di pagarle.

7 Dalla prassi dei casi con riferimenti all'estero

Il numero di casi con riferimenti all'estero (segnatamente con l'UE) sono in crescita costante, così è stato anche nell'anno in rassegna. Di che problemi si tratti, lo indicano i due esempi che seguono.

Caso n° 12

Un'assicurata ha scritto al nostro Ufficio di mediazione che era stata ospedalizzata d'urgenza per tre giorni per una pielonefrite (infiammazione ai reni), mentre si trovava in vacanze in Sardegna nell'ottobre 2006. Si era allora legittimata con la sua tessera europea d'assicurazione malattia e aveva informato del caso di malattia la sua cassa malati in Svizzera. Essa era convinta che tutte le prestazioni tra l'ospedale e il suo assicuratore malattia sarebbero state regolate direttamente tra il corrispondente titolare responsabile in Italia e quello in Svizzera (l'Istituzione comune LAMal a Soletta). In Sardegna l'assicurata non aveva dovuto pagare fatture.

Quasi dieci anni più tardi, il 26 gennaio 2016, l'assicurata ha ricevuto per raccomandata una diffida dell'ospedale italiano (inclusa una fattura del fornitore di prestazioni del 31 dicembre 2008 per un importo di 1'761.47 euro). L'assicurata ha inviato la diffida con la fattura al suo assicuratore malattia. Questi ha rifiutato di assumere la prestazione, fondandosi sull'art. 24 LPGA, sostenendo che la fattura ospedaliera datata 31 dicembre 2008 era perentoria, perché il termine di 5 anni era stato abbondantemente superato.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto sulla cassa malati, ricordandole che per giurisprudenza del Tribunale federale il termine di perenzione di 5 anni inizia a decorrere per l'art. 24 LPGA solo nel momento in cui la fattura perviene alla persona assicurata (DTF 139 V 244 segg., consid. 3.1).

Abbiamo fatto valere che l'assicurata aveva preso conoscenza per la prima volta della fattura ospedaliera solo con la diffida del 26 gennaio 2016. La diffida indicava l'indirizzo esatto dell'assicurata, mentre la fattura del 31 dicembre 2008 era priva del numero di avviamento postale, del luogo di domicilio e dell'indicazione della nazione in cui abitava l'assicurata. La fattura del 31 dicembre 2008 era pertanto inadatta alla notificazione, per cui se ne deve dedurre che l'assicurata abbia preso conoscenza della fattura solo con la ricezione della diffida del 26 gennaio 2016. Conformemente alla sopra citata giurisprudenza del Tribunale federale, il termine di perenzione di cinque anni secondo l'art. 24 LPGA ha pertanto iniziato a decorrere solo dal 26 gennaio 2016. L'assicurata aveva pertanto diritto all'assunzione della prestazione ad opera del suo assicuratore. L'assicuratore ha poi pagato l'importo (deducendo la partecipazione alle spese).

Caso n° 13

L'assicurato soggiornava a Cipro per ragioni d'ordine professionale, quando venne colpito in strada da dolori lancinanti allo stomaco e da vomito importante. Visto che ha vomitato una grande quantità di sangue, esso fu trasportato da passanti in un vicino ospedale privato. Il vomito di sangue era dovuto a un'emorragia stomacale che necessitava di una gastroscopia immediata. Un medico indipendente operante anche nella clinica privata è stato chiamato proprio per questa operazione. Di seguito, l'assicurato è dovuto restare in osservazione alla clinica per altri due giorni.

Considerato che la clinica privata non costituiva un fornitore di prestazioni autorizzato nel sistema di sicurezza sociale di Cipro, la tessera europea di assicurazione malattia non è stata accettata e l'assistenza in materia di prestazioni tra Cipro e la Svizzera non era applicabile. Di conseguenza, l'assicurato ha dovuto pagare lui stesso con la sua carta di credito le fatture della clinica privata e del medico intervenuto.

Di rientro a casa, egli ha trasmesso le fatture alla sua cassa malati per il rimborso del suo soggiorno ospedaliero a Cipro. La cassa malati ha però assunto solo una minima parte dei costi, motivando che il trattamento in divisione privata (camera individuale, medico indipendente operante anche nella clinica privata) non era coperto. L'assicurato non era soddisfatto di questa decisione, a giusto titolo, per i motivi seguenti.

Conformemente all'art. 34 cpv. 2 LAMal in relazione con l'art. 36 cpv. 2 OAMal, l'assicurazione delle cure medico-sanitarie assume i costi dei trattamenti effettuati all'estero in caso d'urgenza. Esiste urgenza se l'assicurato che soggiorna temporaneamente all'estero necessita di un trattamento medico e se il rientro in Svizzera è inappropriato. Non esiste urgenza se l'assicurato si reca all'estero allo scopo di seguire questo trattamento.

Le prestazioni dispensate in caso di urgenza sono assunte al massimo fino a un importo pari al doppio del corrispettivo rimborso se il trattamento fosse stato dispensato in Svizzera (art. 36 cpv. 4 LAMal).

Conformemente all'art. 36 cpv. 5 OAMal, le disposizioni sull'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni sono riservate, come per esempio l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (di seguito: ALC; RS 0.142.112.681).

Nel caso concreto, l'ALC non trova applicazione perché l'assicurato è stato trattato in una clinica privata che non è un fornitore di prestazioni ammesso nel sistema della sicurezza sociale dello Stato del luogo di soggiorno. In un tale caso i costi devono essere rimborsati dall'assicurazione malattia svizzera sulla base dell'art. 36 cpv. 3 e 4 OAMal (SBVR Soziale Sicherheit, 3a ed. – Eugster, nota marginale 583).

L'Ufficio di mediazione è intervenuto sulla cassa malati, invitandola a rimborsare i costi. L'assicuratore doveva versare all'assicurato il 45% del forfait valido per lui in Svizzera maggiorato del doppio (art. 36 cpv. 2 e 4 OAMal). La cassa malati ha accettato.

L'assicurato ha avuto la fortuna che l'importo totale delle fatture della clinica a Cipro era poco elevato (soggiorno ospedaliero, onorari del medico indipendente operante anche nella clinica privata) di modo che lo stesso poteva essere coperto dal doppio dell'importo forfettario in Svizzera. In altri Paesi, come per esempio gli Stati Uniti, il Canada o il Giappone, questo non sarebbe stato possibile. Per questo motivo, raccomandiamo a ogni viaggiatore di sottoscrivere un'assicurazione viaggio complementare che assume i costi del trattamento di degenza all'estero.

Caso n° 14

Durante l'anno 2016, abbiamo osservato che una cassa malati aveva operato un attento riesame di tutti i rapporti d'assicurazione con riferimento all'estero.

La cassa malati ha comunicato ai suoi assicurati all'estero che era costretta a recedere dai contratti d'assicurazione per il 31 dicembre 2016, se essi non potevano prevalersi di un domicilio civile in Svizzera, di uno statuto di frontaliere in Svizzera o di lavoratore dislocato all'estero, e se non percepivano una rendita AVS o AI dalla Svizzera. Essa doveva contemporaneamente annullare anche tutte le assicurazioni complementari per la fine del 2016.

Ma gli assicurati (in particolare quelli malati e quelli anziani) non sono stati d'accordo. In fin dei conti, essi avevano potuto mantenere le loro assicurazioni obbligatorie di cure medico-sanitarie secondo la LAMal e quelle complementari secondo la LCA durante decenni malgrado l'assenza di legami con la Svizzera e contavano di essere assicurati nel loro Paese, che in linea di principio non prevedeva l'assicurazione malattia obbligatoria. Essi si sono rivolti al nostro Ufficio di mediazione per un nostro aiuto. Ci hanno inoltre chiesto presso chi avrebbero potuto assicurarsi, considerata la loro età e/o la loro salute precaria.

Al più tardi dopo l'introduzione, il 1° gennaio 1996, dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, l'assoggettamento a questa legge è subordinato all'esistenza del domicilio di diritto civile in Svizzera (art. 3 cpv. 1 LAMal in relazione con l'art. 1 cpv. 1 OAMal). Di conseguenza, la decisione dell'assicuratore, di mettere un termine ai rapporti d'assicurazione secondo la LAMal era ed è comprensibile, come pure quella di porre fine alle assicurazioni complementari secondo la LCA, considerato che le condizioni generali d'assicurazione impongono, di regola, un domicilio di diritto civile in Svizzera.

Le nostre ricerche hanno potuto appurare che l'assicuratore malattia in questione conosceva il domicilio all'estero e dunque l'assenza di un nesso con la Svizzera da anni, per non dire da decenni. Non si trattava di assicurati che avevano dato false indicazioni all'assicuratore per potere

beneficiare di prestazioni di un'assicurazione malattia in Svizzera in modo illegale. Secondo noi, questi assicurati potevano dedurre dal principio della buona fede, considerata la lunga durata del periodo assicurativo, che la loro assicurazione esisteva validamente. Essi non dovevano temere la disdetta dei loro contratti d'assicurazione per l'assenza di un nesso con la Svizzera. Abbiamo evidenziato alla cassa malati il fatto che gli assicurati si trovavano in un'età e in uno stato di salute tale da rendere praticamente impossibile la conclusione di un nuovo contratto d'assicurazione e, in caso contrario, solo con clausole d'esclusione. Queste persone subirebbero così un pregiudizio importante sia per i casi di malattia attuali che per quelli futuri. Secondo noi, l'assicuratore doveva assumere questi casi sulla base della responsabilità fondata sul principio dell'affidamento. Nei casi particolarmente gravi, l'assicuratore doveva offrire di mantenere i contratti d'assicurazione su domanda dell'assicurato. L'assicuratore malattia si è deciso per questa soluzione ma solo in casi molto particolari ossia di rigore.

Per gli assicurati che dall'inizio non erano contrari alla disdetta dei contratti d'assicurazione, si poneva la questione di sapere che diritto era applicabile alla restituzione dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, e poi da quando i premi pagati indebitamente potevano essere richiesti retroattivamente.

Visto che nel caso concreto gli assicurati non hanno mai adempiuto le condizioni di assoggettamento alla legge federale sull'assicurazione malattie, le disposizioni sull'indebito arricchimento ai sensi degli art. 62 segg. CO dovrebbero essere applicate per analogia, conformemente alla giurisprudenza sulla restituzione dei premi (cfr. DTF 127 V 211).

L'art. 67 CO prevede che l'azione di indebito arricchimento si prescrive in un anno decorribile dal giorno in cui il danneggiato ebbe conoscenza del suo diritto di ripetizione, in ogni caso nel termine di dieci anni dal giorno in cui nacque tale diritto. Di conseguenza, gli assicurati avrebbero diritto al rimborso dei premi degli ultimi dieci anni al massimo, deduzione fatta delle prestazioni fornite. Gli art. 62 segg. CO sarebbero pure applicabili nelle assicurazioni complementari secondo la LCA (cfr. art. 100 cpv. 1 LCA in relazione con gli art. 62 segg. CO).

La cassa malati ha seguito la nostra argomentazione.

Fondazione Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie

Consiglio di fondazione (stato al 31.12.16):

MOSER Markus	Presidente , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vicepresidente , mag. oec. HSG, già membro del Consiglio agli Stati; 7302 Landquart
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Dr. med. psichiatra e psicoterapia; 3007 Bern
DITTLI Nikolai	CEO di CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	lic. iur. LL.M.; 7742 Poschiavo
SCHWALLER Urs (fino al 30.06.2016)	Dr. iur., già membro del Consiglio agli Stati, avvocato; 1700 Fribourg
STEIERT Jean-François (dal 15.11.2016)	Lic. phil. I, membro del Consiglio di stato; 1700 Friburgo

Ufficio di Lucerna (stato al 31.12.16):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Mediatrice lic. iur., avvocato
SCHMUTZ Thomas (dal 01.10.15)	Sostituto della mediatrice Fürsprecher (avvocato bernese)
FELLMANN Fabienne	MLaw, avvocato
GOTTRAUX Isabelle	Lic. iur., giurista
LINIGER Eliane	Dipl. perito in ass. malattie
LORÉTAN Charles	Dipl. perito in ass. malattie
SCHMID Jasmin	MLaw, giurista
TRONTO Lorena	MLaw, giurista
WÜRMLI Barbara	MLaw, giurista

Contatto

Per iscritto:

**Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie
Morgartenstrasse 9, CP 3565
6002 Lucerna**

www.om-kv.ch (con formulario di contatto)

Diretto:

**Servizio telefonico ogni mattina dal lunedì al venerdì tra le ore 9.00 e
le 11.30:**

in tedesco:	041 226 10 10
in francese:	041 226 10 11
in italiano:	041 226 10 12