

Ufficio di mediazione

dell'assicurazione malattie

Rapporto annuale '17

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 diverse informazioni sulla nostra attività sotto forma di statistiche. Al capitolo 4 figurano i presupposti che devono essere realizzati affinché noi si possa intervenire. Dal capitolo 5, vi presenteremo, come ogni anno, una selezione di casi che ci hanno impegnato nel corso del 2017. I temi illustrati sono come sempre variegati. Si tratta della scelta delle forme particolari d'assicurazione nell'assicurazione malattia obbligatoria delle cure medico-sanitarie, del calcolo della partecipazione ai costi e delle prestazioni secondo la LAMal, come pure della conclusione di assicurazioni complementari secondo la LCA, di assicurazioni complementari per spese di cura ospedaliera e di assicurazioni d'indennità giornaliera secondo la LCA. Abbiamo inoltre selezionato alcuni casi con riferimenti all'estero, considerato che il loro numero cresce di anno in anno.

Spero che il rapporto annuale 2017 possa suscitare il vostro interesse.

Per concludere desidero ringraziare vivamente gli assicuratori malattia per la collaborazione costruttiva e « last but not least » il mio team, molto motivato, per il loro prezioso impegno.

La vostra mediatrice

Morena Hostettler Socha

A handwritten signature in black ink that reads "M. Hostettler Socha". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Lucerna, 18 aprile 2018

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 Evoluzione 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 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 la LAMal
 - 5.1 Scelta di un modello particolare d'assicurazione
 - 5.2 Calcolo della partecipazione ai costi
 - 5.3 Prestazioni
6. Dalla prassi delle assicurazioni complementari secondo la LCA
 - 6.1 Conclusione di assicurazioni complementari
 - 6.2 Assicurazione complementare ospedaliera

6.3 Assicurazione indennità giornaliera seconda la LCA

7. Casi implicanti i due ambiti di diritto

Perenzione e prescrizione del diritto alle prestazioni

8. Dalla prassi dei casi con riferimento all'estero

8.1 Principio del luogo di lavoro o del luogo di domicilio?

8.2 Riscossione di prestazioni in uno Stato dell'UE

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

1 Ufficio

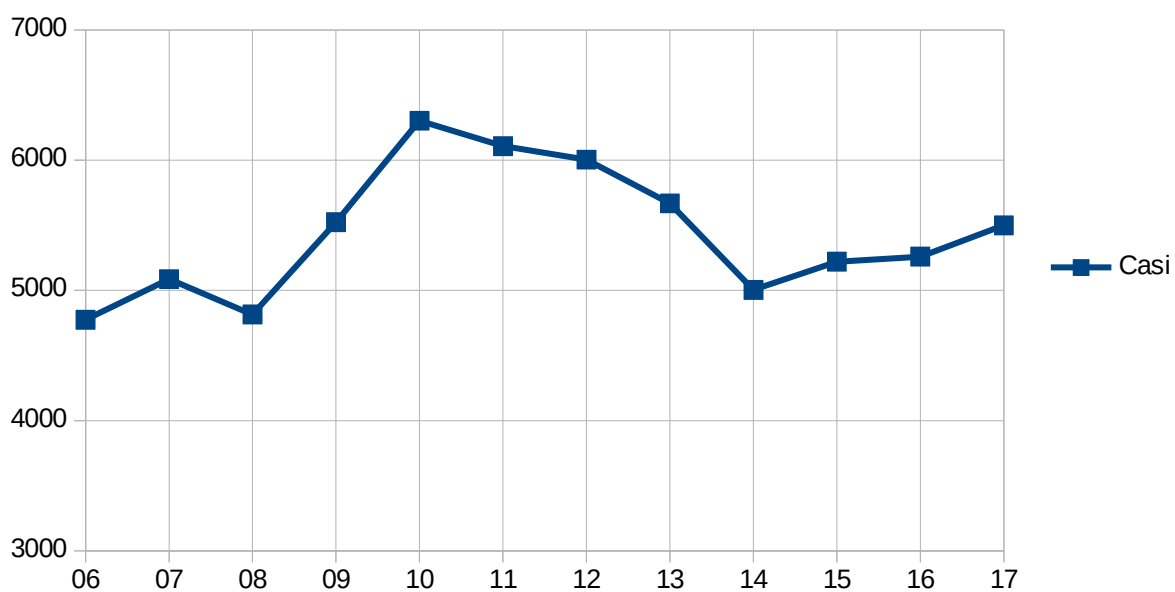
Nel 2017 il servizio dell'Ufficio di mediazione è stato gestito dalla mediatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avvocato), dal suo sostituto (Fürsprecher Thomas Schmutz, avvocato bernese), da sei collaboratrici con formazione giuridica (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann, Lorena Tronto e Silvia Bucher) e da due specialisti in assicurazione malattia (Charles Lorétan e Eliane Brechbühl). Il 31 dicembre 2017 l'Ufficio disponeva di 6,2 posti di lavoro.

2 Consiglio di fondazione

Il Consiglio di fondazione si è incontrato il 17 maggio 2017 per approvare il conto annuale 2016 così come il rapporto annuale 2016. Il 10 novembre 2017 si è riunito per discutere il budget 2018 e la gestione in corso dell'Ufficio di mediazione.

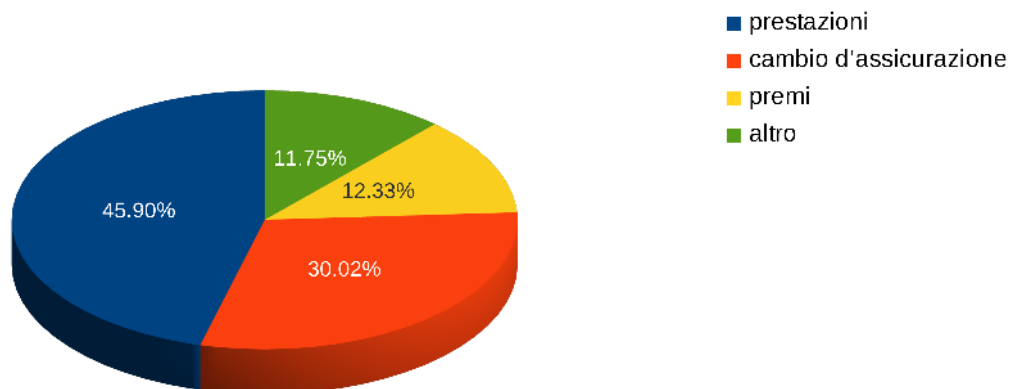
3 Cifre

Evoluzione dei casi dal 2006 al 2017



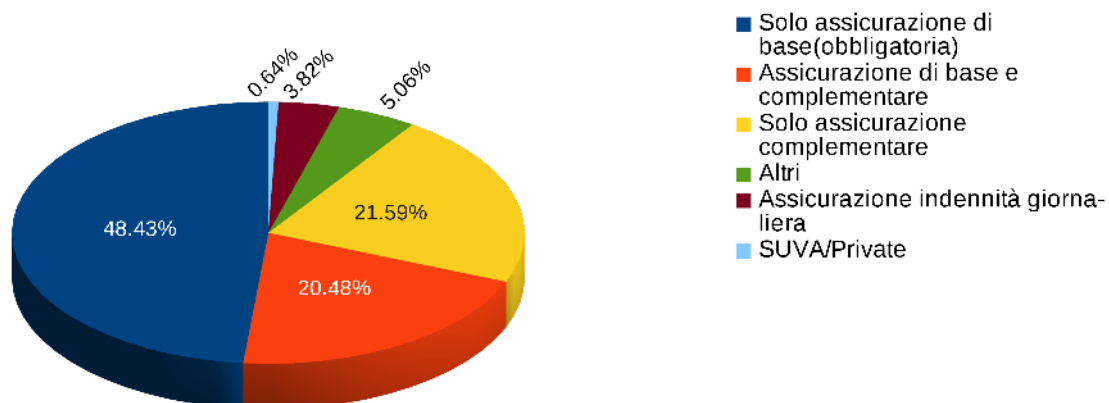
3.1 Entrate per materia

Nel 2017, anno di riferimento del presente rapporto, l'Ufficio di mediazione si è visto confrontato con 5499 entrate (2016: 5259). Si è quindi verificato un aumento di 240 casi pari al 4,56% rispetto all'anno precedente. La suddivisione delle entrate per materia mostra il seguente quadro: 2524 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2016: 2388), 1651 nell'ambito della conclusione o del cambiamento di assicurazione (2016: 1517) e 678 riguardanti i premi/contributi (2016: 814). I restanti 646 casi concernevano richieste di natura generale (2016: 540).

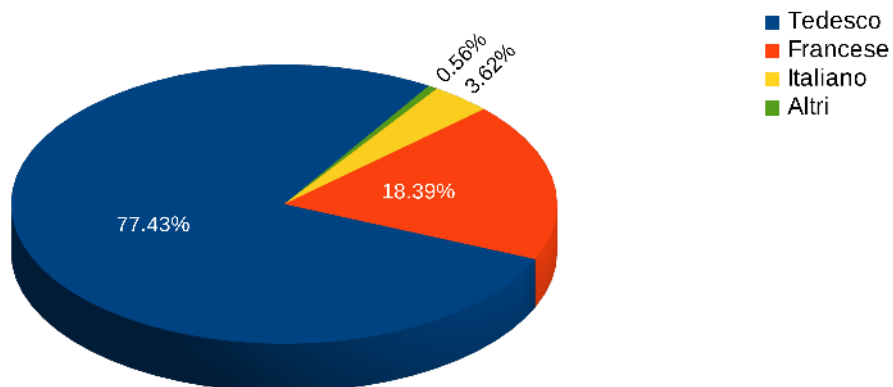


3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

2663 casi riguardavano unicamente l'assicurazione di base (2016: 2689), 1187 solo l'assicurazione complementare (2016: 950), 1126 entrambe le assicurazioni (2016: 1144). In 210 casi le richieste riguardavano l'assicurazione indennità giornaliera (2016: 192). In 35 casi dovevamo mandare gli assicurati presso l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2016: 28). Le restanti 278 entrate concernevano questioni di natura generale, in parte non in relazione con l'assicurazione malattia (2016: 256).

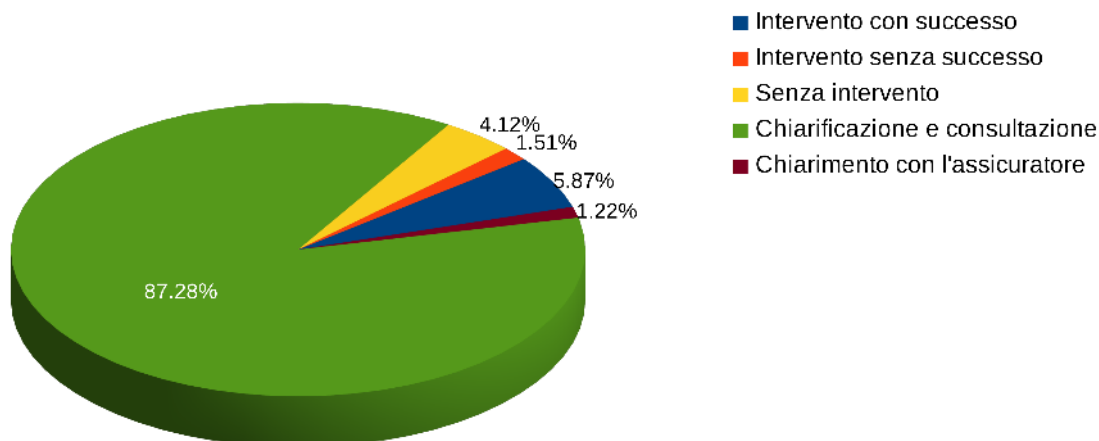


3.3 Entrate per lingua



4258 entrate sono state presentate in tedesco (2016: 4043), 1011 in francese (2016: 994) e 199 in italiano (2016: 192). In altre lingue (inglese e spagnolo) 31 (2016: 30).

3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione



In 4679 casi (= 86,39%) il ruolo dell'Ufficio di mediazione è consistito nella conferma della decisione dell'assicuratore o nella spiegazione alla persona assicurata, senza consulto con l'assicuratore malattia (2016: 85,48%). In 400 casi in totale (= 7,38%) l'Ufficio di mediazione è intervenuto con una proposta all'assicuratore malattia (2016: 6,86%), che è stata accolta in 318 casi (= 5,87%; 2016: 5,3%), ossia con una quota di successo di oltre il 79,5% (2016: >77%). In 223 casi (= 4,12%), l'Ufficio di mediazione non è intervenuto (2016: 7,67%), nel senso che non è stata formulata alcuna proposta particolare all'assicuratore. In 66 casi (= 1,22%) abbiamo unicamente richiesto alle casse malati i documenti, che non era stato possibile ottenere dagli assicurati per difficoltà inerenti alla lingua o all'età. In 48 casi (= 0,89%) abbiamo potuto spiegare la situazione giuridica agli assicurati, che hanno così potuto loro stessi liquidare con successo il loro contrasto con l'assicuratore malattia.

3.5 Evoluzione delle entrate (riassunto)

Mentre il numero dei casi presentati nel 2014 corrispondeva in larga misura al numero medio dei casi degli anni precedenti (circa 5000 casi all'anno), dal 2015 vi è stato un aumento costante. Questo incremento si riscontra in particolare negli ambiti delle prestazioni d'assicurazione e della conclusione o del cambiamento di contratti assicurativi.

L'aumento persistente del numero dei casi nell'ambito "altri" è 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 materie in cui non siamo competenti o lo siamo solo in parte (come per esempio l'assicurazione per l'invalidità, la lista degli assicurati in mora [la cosiddetta lista nera], i casi di responsabilità civile, ecc.). Nell'ambito di tali domande, il nostro ruolo si limita a una breve consultazione telefonica o via e-mail,

indicando a chi ci si può, se necessario, rivolgere. Rinunciamo in tali casi a intervenire sulle casse malati, perché questo non corrisponde al nostro mandato, rispettivamente allo scopo della fondazione.

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 mediazione 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 federale sul contratto di assicurazione (LCA) e se la vertenza concerne un assicurato e una cassa malati riconosciuta secondo l'art. 2 e 3 come pure l'art. 4 e 5 LVAMal (legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie) 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. Ne consegue che l'Ufficio di mediazione non fornisce più 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) con sede principale a Zurigo (e filiali a Losanna e Lugano), 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?

L'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 fundamentalmente la fiducia sia della persona assicurata che dell'assicuratore malattia.

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.

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 Dalla prassi dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal

5.1 Scelta di un modello particolare d'assicurazione

Al fine di risparmiare sugli importi dei premi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicurati possono scegliere tra differenti forme d'assicurazione, segnatamente aumentando l'importo della franchigia da fr. 300.- (modello standard) fino a fr. 2'500.- oppure optando per un'assicurazione con una scelta limitata dei fornitori di prestazioni, rinunciando così, per esempio, alla libera scelta del medico. Questi modelli d'assicurazione possono pure essere combinati.

Di norma, sono le persone in buona salute che scelgono di aumentare la franchigia annuale. Sfortunatamente, esse non si rendono sempre conto dei costi che dovranno sostenere se, contro ogni aspettativa, il rischio assicurato si verificherà. Esse non sono nemmeno coscienti che la disdetta del modello di assicurazione scelto non si attua così facilmente.

Caso 1

Un'assicurata, di professione casalinga, all'inizio di dicembre, è rimasta vittima di un infortunio della circolazione con la bicicletta, che le ha causato molteplici fratture, per le quali è stata operata d'urgenza. Il trattamento medico conseguente si è prolungato nel nuovo anno. L'assicurata aveva concluso con la cassa malati una franchigia annuale di fr. 2'500.-. Essa voleva sapere da noi se era tenuta a pagare la partecipazione ai costi dell'assicurazione malattie, visto che si trattava di un infortunio e, nel caso affermativo, se doveva pagare per i due anni, anche se si tratta di un solo e medesimo evento.

In qualità di casalinga, l'assicurata non è una lavoratrice, con la conseguenza che non è assicurata obbligatoriamente con il rischio d'infortunio (art. 1a LAINF). In questo caso, spetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal di assumersi i costi del trattamento dovuti all'infortunio (art. 1a cpv. 2 lett. b LAMal). Conformemente all'art. 28 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia. Considerato che in ambito d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli assicurati devono partecipare ai costi delle prestazioni ottenute (art. 64 cpv. 1, 2 e 5 LAMal), la partecipazione ai costi (franchigia, aliquota percentuale del 10% e partecipazione ai costi di un'eventuale degenza ospedaliera) è ugualmente dovuta in caso d'infortunio quando esso è coperto dall'assicurazione malattie.

Questa regola vale solo in ambito di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria non conosce la partecipazione ai costi.

Se la casalinga non può addossare il danno al responsabile dell'infortunio o alla sua assicurazione responsabilità civile, deve subire lei stessa l'intera partecipazione ai costi per i due anni durante i quali si è estesa la cura. Per la riscossione della partecipazione ai costi sono infatti determinanti i tempi della cura e la franchigia è dovuta per ogni anno civile (art. 103 cpv. 3 OAMal).

Caso 2

Un assicurato voleva ridurre la sua franchigia da fr. 2'500.- a fr. 300.- nel corso dell'anno a causa di un'operazione prevista. La sua cassa malati ha rifiutato la sua domanda. L'assicurato ci ha chiesto se tale rifiuto fosse corretto.

Conformemente all'art. 94 cpv. 2 OAMal, il passaggio a una franchigia inferiore è possibile per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nella legge (cfr. art. 7 cpv. 1 e 2 LAMal). Il rifiuto della domanda era pertanto corretto.

Se l'assicurato fosse voluto passare a una franchigia superiore, non avrebbe dovuto dare un preavviso nei termini legali. Ma anche in questo caso l'aumento della franchigia sarebbe entrato in vigore solo per l'inizio dell'anno civile (art. 94 cpv. 1 OAMal).

Caso 3

All'inizio di dicembre 2016 un'assicurata ha chiesto l'aumento della sua franchigia da fr. 1'500.- a fr. 2'500.- e nel contempo il passaggio dal "modello medico di famiglia" al "modello HMO" con inizio dal 1° gennaio 2017. L'assicuratore malattia ha ammesso l'incremento della franchigia conformemente all'art. 94 cpv. 1 LAMal, ma ha rifiutato il cambiamento di modello d'assicurazione al 1° gennaio 2017 per tardività della domanda (art. 100 cpv. 3 OAMal).

Nel corso del mese di novembre 2017 dell'anno seguente, l'assicurata ha disdetto la sua assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e sottoscritto una domanda d'affiliazione presso un nuovo assicuratore malattia a far tempo dal 1° gennaio 2018. Il precedente assicuratore ha rifiutato la disdetta considerando in sostanza che, con la sua richiesta tardiva di cambiamento del modello di assicurazione al 1° gennaio 2017, l'assicurata aveva firmato una domanda d'affiliazione vincolante per il prossimo termine possibile, ossia per il 1° gennaio 2018. L'assicurata non era d'accordo con questa impostazione.

Con il nostro intervento abbiamo attirato l'attenzione dell'assicuratore sul fatto che, a nostro avviso, una domanda di cambiamento di modello d'assicurazione non poteva essere considerata come una nuova domanda d'affiliazione ma come una proposta di modifica del contratto. Certo, conformemente all'art. 100 cpv. 3 OAMal il passaggio a un'altra forma di assicurazione è possibile solo per la fine di un anno civile e con preavviso secondo i termini stabiliti nell'art. 7 cpv. 1 e 2 LAMal. Questa

regola non esclude però che una disdetta, formulata tempestivamente, intervenga successivamente a una domanda di modifica del contratto: in caso contrario verrebbe negato il diritto degli assicurati alla disdetta dopo comunicazione del nuovo premio conformemente all'art. 7 cpv. 2 LAMal. Un tale vincolo al contratto d'assicurazione sarebbe eccessivo e, a nostro avviso, inammissibile.

L'assicuratore ha seguito la nostra argomentazione e ha lasciato partire l'assicurata per la fine del 2017 alla condizione che gli giunga l'attestazione del nuovo assicuratore e che eventuali arretrati, oggetto di sollecito entro fine novembre, siano stati onorati.

5.2 Calcolo della partecipazione ai costi

Caso 4

Un pensionato è rimasto vittima di un incidente della circolazione senza esserne il responsabile. Dal momento del suo pensionamento, egli non era più coperto contro il rischio infortunio dall'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria del suo datore di lavoro. La cassa malati ha assunto i costi di cure e gli ha pertanto fatturato la partecipazione ai costi (franchigia, aliquota del 10% e contribuzione ai costi di degenza ospedaliera). In seguito l'assicurazione responsabilità civile del responsabile dell'incidente si è assunta l'insieme dei costi di cura, compresa la partecipazione ai costi fatturata all'assicurato. Inoltre, essa ha rimborsato altri danni subiti dall'assicurato in relazione con l'incidente (ponte dentario rotto, vestito strappato, occhiali danneggiati, ecc.).

L'assicurato voleva che gli indicassimo se era tenuto a versare alla cassa malati la partecipazione ai costi per prestazioni relative a una malattia susseguente, considerato che a causa dell'incidente aveva già pagato l'importo della franchigia e l'aliquota del 10%.

Abbiamo dovuto rispondergli affermativamente. In effetti, l'assicurazione malattia ha un diritto di regresso e l'assicurato ha un diritto al risarcimento del danno nei confronti del terzo responsabile del caso d'assicurazione, rispettivamente nei confronti dell'assicurazione responsabilità civile. Ne consegue che non vi è danno causato all'assicuratore malattia né all'assicurato sotto forma di costi di cure, partecipazione ai costi, ecc.. Questo significa che l'assicurato è trattato come se l'incidente non avesse mai avuto luogo e come se egli non avesse mai pagato una partecipazione ai costi a causa dell'incidente. In questo modo gli assicurati hanno la garanzia di essere trattati in maniera uguale, indipendentemente dal fatto che al momento dell'incidente la partecipazione ai costi dovuta per l'anno fosse già stata versata oppure no.

Caso 5

Un assicurato con franchigia di fr. 300.- ha disdetto la sua assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie tre mesi prima della fine del mese di giugno 2017 e ha cambiato assicuratore per il 1° luglio 2017. Il nuovo assicuratore ha fatto ripartire la franchigia annuale a zero senza considerare le partecipazioni ai costi già sostenute presso il precedente assicuratore malattia. L'assicurato non è stato d'accordo.

A giusta ragione. In effetti l'art. 103 cpv. 4 OAMal prevede che in caso di cambiamento dell'assicuratore nel corso di un anno civile, il nuovo assicuratore computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate in questo stesso anno. L'assicurato dovrà, se necessario, portare al nuovo assicuratore la prova del conteggio delle prestazioni dell'assicuratore malattie precedente.

5.3 Prestazioni

Nell'ambito del rimborso dei costi si pone sempre la questione di sapere se la prestazione fornita concerne un'operazione estetica o una prestazione obbligatoria. Nel caso seguente, si trattava della correzione delle orecchie molto sporgenti ("orecchie a sventola") di una giovane ragazza.

Caso 6

Un padre si è rivolto all'Ufficio di mediazione, lamentandosi che la cassa malati rifiutasse di assumersi, a titolo di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i costi per la correzione delle orecchie molto sporgenti. La cassa malati ha motivato il suo rifiuto in quanto questo intervento non figurava nell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dunque non costituiva una prestazione obbligatoria dell'assicurazione di base. Per questo motivo, considerate le informazioni ricevute, la cassa era disposta a rimborsare, a titolo di assicurazione complementare, solo il 50% dei costi di correzione delle due orecchie molto sporgenti fino a un massimo di fr. 1'500.- (compresi gli esami preliminari e il seguito delle cure in rapporto diretto con l'intervento). Il padre dell'assicurata non voleva però accontentarsi.

Normalmente le imperfezioni estetiche – quali le orecchie molto sporgenti – non costituiscono una malattia ai sensi dell'art. 3 cpv. 1 LPGa a condizione che non siano associate a disturbi funzionali esistenti o ai quali ci si può concretamente attendere. La cassa malati deve però assumere le misure che servono alla loro correzione, quale prestazione obbligatoria, se il difetto estetico è all'origine di disturbi fisici o psichici aventi loro stessi valore di malattia e che lo scopo dell'intervento è l'eliminazione di questi pregiudizi secondari (cfr. DTF 121 V 213 consid. 4 con riferimenti). Il punto di sapere se un difetto estetico debba essere ritenuto deturpante deve essere valutato in linea di principio in considerazione di criteri oggettivi (sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni K 135/04 del 17 gennaio 2006, consid. 2.3, K 15/04 del 26 agosto 2004 consid. 3.2.2, come pure sentenza del Tribunale federale 9C_126/2008 del 30 ottobre 2008). In tale ambito interviene anche l'opinione della società. In effetti è rilevante anche il modo in cui l'anomalia possa avere un impatto negativo sulla vita professionale per ragioni estetiche.

Dalle nostre ricerche è emerso che l'assicurata aveva già subito un lungo calvario, quando il servizio sociale della scuola, interpellato dal professore di classe, aveva preso contatto con lei. Nel corso di più di 20 sedute, il servizio sociale ha potuto constatare segnali di mobbing sistematico in un'ottica di devalorizzazione sociale della giovane ragazza. La denigrazione a causa delle orecchie molto sporgenti aveva già preso una svolta inquietante e l'autostima dell'assicurata era diminuita in modo allarmante. Il servizio sociale ha esposto nel suo rapporto che normalmente, in casi di mobbing, esso cercava di intervenire nella classe al fine di alleviare la situazione. Nel caso concreto, bisognava però astenersi dall'infliggere all'assicurata la minima pressione supplementare al fine di proteggere la sua salute psichica. Considerati gli episodi passati, il servizio sociale della direzione della scuola ha consigliato il trasferimento immediato in un nuovo stabilimento scolastico. La direzione della scuola ha considerato questa raccomandazione e l'assicurata è stata rapidamente trasferita in un'altra scuola dove ha potuto terminare l'anno scolastico interrotto. In contemporanea, i genitori sono stati vivamente incoraggiati a mettere in opera un sostegno psicologico per la loro figlia al fine di superare questi avvenimenti che l'hanno segnata mediante un accompagnamento professionale.

Sulla base del rapporto del servizio sociale della scuola, abbiamo domandato all'assicuratore malattia di assumere, a titolo di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i costi dell'intervento nella misura in cui era stabilito, con il grado della verosimiglianza preponderante, che a causa delle orecchie molto sporgenti l'assicurata soffriva di turbe psichiche. Per questo motivo la correzione, nel caso concreto, delle due orecchie molto sporgenti era, secondo noi, da ritenere quale prestazione obbligatoria.

L'assicuratore malattia ha condiviso la nostra opinione e ha assunto, a titolo di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'insieme dei costi (dedotta la partecipazione legale ai costi) inerenti l'intervento chirurgico di correzione delle due orecchie esterne molto sporgenti.

Caso 7

Nell'ottobre 2016 un giovane assicurato si è danneggiato i denti anteriori battendoli contro un bicchiere. L'assicuratore malattia ha negato il suo obbligo di elargire prestazioni in quanto non erano realizzati i presupposti di un infortunio. La madre dell'assicurato argomentava però che suo figlio si era rotto una parte del dente anteriore sinistro nel marzo 2015 giocando con amici e che l'evento recente portava esattamente sullo stesso pezzo di dente che si era rotto. Secondo lei si trattava di un danno correlato all'infortunio del marzo 2015.

Nel nostro intervento ci siamo domandati se l'evento dell'ottobre 2016 non potesse essere considerato un infortunio nel senso giuridico (cfr. DTF 134 V 72: caso di un autoscontro) ma non siamo andati oltre.

Per convincere l'assicuratore malattia ad assumersi i costi, ci siamo riferiti al danno consecutivo e abbiamo citato l'articolo di Gebhard Eugster nel commentario SBVR Soziale Sicherheit, 3. ed., nota marginale 505 in fine, in cui l'autore attira l'attenzione sul fatto che il diritto a cure dentarie a seguito di un infortunio dentario non si limita a una cura unica, ma può sorgere la necessità di un ulteriore

intervento se il primo trattamento di medicina dentaria (...) è danneggiato a causa di una disavventura della persona assicurata.

Noi abbiamo argomentato che se l'evento dell'ottobre 2016 non costituiva un infortunio nel senso giuridico, si trattava perlomeno di una disavventura del giovane assicurato, quando ha picchiato il bicchiere contro i denti anteriori, curati a seguito dell'infortunio originario.

L'assicuratore malattia ha condiviso la nostra opinione e riconosciuto il danno consecutivo.

6 Dalla prassi delle assicurazioni complementari secondo la LCA

6.1 Conclusione di assicurazioni complementari

Il nostro Ufficio di mediazione si occupa, già da una decina di anni, delle conseguenze dei consigli dei broker assicurativi, le cui azioni sono essenzialmente guidate dal conseguimento di provvigioni, come si vedrà bene nel caso seguente.

Caso 8

Un richiedente l'asilo ha chiesto il nostro aiuto. Un broker gli aveva reso visita al suo domicilio e l'aveva convinto a concludere diverse assicurazioni complementari. In seguito, l'assicurato non era più stato in grado di pagare i premi e si era nel frattempo molto indebitato. Le sue domande tendenti all'annullamento dei contratti d'assicurazione erano state tutte rifiutate dall'assicuratore malattia.

Dai nostri accertamenti è emerso che il broker in questione era un intermediario in contatto con l'assicurazione malattia in causa. L'indirizzo figurante sulla domanda di conclusione delle assicurazioni complementari secondo la LCA era indubbiamente quello di un centro cantonale di richiedenti l'asilo, dove il broker si era recato a visitare il richiedente l'asilo al fine di vendergli i differenti contratti di assicurazioni complementari, tra cui un'assicurazione viaggio.

Con il nostro intervento abbiamo attirato l'attenzione dell'assicuratore malattia sul fatto che in due delle sei proposte di assicurazioni complementari, il termine di validità di 14 giorni, conformemente all'art. 1 cpv. 1 LCA, era scaduto, con la conseguenza che tali contratti non erano validi. Inoltre abbiamo comunicato all'assicuratore che secondo noi era riprovevole che un broker renda visita a richiedenti l'asilo per vendere assicurazioni complementari, segnatamente in considerazione delle carenze linguistiche e giuridiche, come pure delle condizioni economiche difficili nelle quali vivono. Infine, a nostro avviso, non aveva alcun senso vendere un'assicurazione viaggio a un richiedente l'asilo che si trova in procedura d'asilo e non ha diritto a intraprendere un viaggio.

L'assicuratore malattia ha riconosciuto i suoi torti e annullato con effetto retroattivo l'insieme dei contratti delle assicurazioni. Inoltre, esso ha ritirato le procedure esecutive e chiesto la soppressione delle iscrizioni nel registro delle esecuzioni.

6.2 Assicurazione complementare ospedaliera

Nell'anno del rapporto, i negoziati collettivi tra un assicuratore malattie e alcuni ospedali rinomati sono falliti. Le parti contraenti non si sono potute accordare su una tariffa in divisione provata e semiprivata. L'assicuratore ha informato in forma scritta gli assicurati, che avevano concluso con esso le assicurazioni complementari ospedaliere corrispondenti, del mancato raggiungimento di un accordo convenzionale. Resi insicuri, gli assicurati coinvolti si sono rivolti al nostro

Ufficio di mediazione perché temevano limitazioni considerevoli nelle loro prestazioni.

Caso 9

Il marito di un'assicurata ci ha scritto che sua moglie aveva concluso svariati anni fa un'assicurazione complementare ospedaliera in divisione semiprivata. Essa aveva espressamente optato per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera. La comunicazione della cassa malati, secondo cui una degenza in divisione semiprivata in tre ospedali rinomati del suo Cantone di domicilio non era più interamente coperta, le portava pregiudizio, considerato anche che a 63 anni non poteva sottoscrivere una nuova assicurazione complementare ospedaliera per ragioni d'età e di salute. Il marito voleva prima di tutto che gli indicassimo se una tale modifica unilaterale del contratto fosse valida dal punto di vista giuridico e cosa potesse fare sua moglie. Si riferiva in seguito alla sua cassa malati, che mai aveva avuto difficoltà tariffarie con questi ospedali.

Le assicurazioni complementari sottostanno al diritto privato, in particolare alla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Inoltre si devono considerare le condizioni generali e particolari d'assicurazione (cosiddette CGA e CGP o CS), che sono parte integrante della polizza d'assicurazione. Si tratta di accordi contrattuali.

Di regola, una parte contraente non può modificare unilateralmente il contratto senza il consenso dell'altra parte contraente. Esistono comunque eccezioni che sono già previste nelle CGA delle assicurazioni complementari, come per esempio l'aumento unilaterale del premio da parte dell'assicuratore malattia. Questo è permesso in quanto un'assicurazione deve sempre poter coprire i propri costi. La persona assicurata può rispondere a un tale aumento solo disdicendo il contratto d'assicurazione. Una disdetta non deve però essere formulata alla leggera, considerato che in funzione dell'età o dello stato di salute della persona assicurata quest'ultima non potrà più concludere nuove assicurazioni complementari. Un altro esempio si trova nelle indicazioni formulate nelle CGA, CGP o CS, secondo cui l'assicuratore malattia può stabilire una tariffa massima ed elencare una lista di ospedali che egli può regolarmente aggiornare. Considerato che queste informazioni non figurano né nelle CGA né nelle CGP o CS, gli assicurati possono prendere conoscenza delle tariffe massime e delle liste direttamente presso la loro cassa malati o esigere di farsi dare un estratto. In tale senso una modifica unilaterale del contratto è possibile e conforme al diritto.

Nel caso concreto, dai nostri accertamenti è emerso che durante l'anno del rapporto, gli ospedali interessati erano stati iscritti nella lista di quelli "con tariffa massima" dell'assicurazione malattie. La cassa malati in questione aveva continuato ad applicare le tariffe massime valide per l'anno 2016. Visto che i costi per la divisione semiprivata erano aumentati tra il 2013 e il 2016 la cassa malati consigliava ai suoi assicurati, prima di ogni degenza ospedaliera in divisione privata o semiprivata in questi ospedali di informarsi precisamente sui costi rivendicati, richiedendo un preventivo degli stessi sia presso l'ospedale che presso i medici specifici (chirurgo, medico assistente, anestesista).

L'assenza di una convenzione non è soddisfacente sia per gli assicurati che per la cassa malati coinvolta. I partner sociali non possono tuttavia essere obbligati a concludere un contratto. Nel diritto privato, il principio della libertà contrattuale prevale. L'esperienza ci insegna che i negoziati tariffari costituiscono una sfida per tutte le parti e non sono sempre facili da condurre. D'altra parte, è nell'interesse di tutti gli assicurati che gli assicuratori malattia si impegnino presso i fornitori di prestazioni per l'ottenimento di prezzi moderati. Questo si ripercuote sull'importo dei premi delle assicurazioni complementari ospedaliere e dunque a vantaggio anche degli assicurati.

Il nostro Ufficio di mediazione ha consigliato agli assicurati coinvolti durante l'anno 2017 di trasmettere alla loro cassa malati le stime dei costi raccolti presso l'ospedale per le divisioni private e semiprivato, invitandola a fornire loro una garanzia scritta di presa a carico.

In effetti tutti gli assicurati dovrebbero chiedere al loro assicuratore malattia una garanzia di assunzione dei costi allorché pianificano una degenza stazionaria all'ospedale e ciò indipendentemente dall'assenza o no di convenzione. In effetti non è sufficiente, in regola generale, che gli assicurati siano in possesso di una garanzia di assunzione della loro cassa malati nei confronti dei fornitori di prestazioni. Ci possono sempre essere dei costi non coperti. Per questa ragione gli assicurati dovrebbero prendere ogni precauzione nei confronti dei loro assicuratori malattia per evitare brutte sorprese.

6.3 L'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LCA

La trattazione dei casi d'indennità giornaliera rappresenta sempre una grande sfida per l'Ufficio di mediazione, considerato che non disponiamo delle conoscenze mediche specifiche. Per questo motivo possiamo limitarci a rimettere in questione la decisione dell'assicuratore indennità giornaliera solo quando l'assicurato e il suo medico curante sono in grado di esporre in modo credibile che esiste un diritto alle prestazioni o quando la perizia allestita dall'assicuratore è in sé contraddittoria.

Caso 10

L'assicuratore indennità giornaliera ha soppresso il versamento delle indennità per metà dicembre 2016 perché, in conformità con la seconda opinione espressa dal dottor XY del novembre 2016, l'assicurata aveva ritrovato una piena capacità lavorativa nella sua professione abituale di segretaria. L'assicurata non era d'accordo.

Le nostre indagini hanno mostrato che, da un lato, il dott. XY non disponeva delle qualifiche professionali necessarie per valutare lo stato valetudinario e, dall'altro, nel suo rapporto egli era partito dal principio che l'assicurata era già integrata in un programma dell'AI. Noi però eravamo in possesso di una garanzia di assunzione dei costi dell'ufficio AI del dicembre 2016, secondo cui era stato accordato un allenamento di resistenza con inizio solo nel gennaio 2017. Si trattava di un

provvedimento di reinserimento per preparare all'integrazione professionale, con provvedimenti di riabilitazione socioprofessionale (cfr. art. 14a cpv. 2 LAI; art. 4 quinquies cpv. 1 OAI; n. 1010 della circolare dell'UFAS sulle misure d'integrazione). Questa misura d'integrazione presuppone un'incapacità al lavoro di almeno il 50% (art. 14a cpv. 1 LAI). Ne consegue che, contrariamente all'assicuratore d'indennità giornaliera, l'assicurazione invalidità non riteneva che vi fosse una capacità lavorativa piena. Per questo motivo non era possibile, secondo noi, senza accertamenti complementari approfonditi, negare tutta che potesse esservi incapacità al lavoro, ciò che abbiamo allora fatto valere.

In seguito, senza aver riconosciuto un obbligo giuridico e per evitare più ampi chiarimenti medici, l'assicuratore indennità giornaliera ha accettato di versarle le indennità giornaliera fino all'inizio di aprile 2017, in considerazione delle prestazioni dell'AI.

7 Casi implicanti i due ambiti di diritto

Perenzione e prescrizione del diritto alle prestazioni

Caso 11

Durante un trasloco, una signora di 60 anni ha trovato una scatola contenente diverse fatture mediche e dentistiche, con riferimento alle cure sue e dei suoi figli, diventati nel frattempo adulti. Essa aveva pagato le fatture da molto tempo ma aveva dimenticato di trasmettere i relativi giustificativi alla cassa malati per il rimborso. La signora si è rivolta per telefono alla sua cassa malati per sapere se era possibile farsi rimborsare i costi dopo un così lungo periodo - erano passati più di 10 anni - e le è stato risposto che le fatture dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie erano sicuramente perente e quelle in relazione alle assicurazioni complementari secondo la LCA prescritte.

L'assicurata voleva sapere da noi se la risposta fosse corretta. Non le era difatti mai stato comunicato che il diritto al rimborso nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie potesse essere perento mentre quello nell'assicurazione complementare prescritto. A suo dire non vi era mai stata alcuna comunicazione né dagli assicuratori malattia né dai media.

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è un'assicurazione sociale sottoposta al diritto pubblico. Conformemente all'art. 24 cpv. 1 LPGGA, il diritto a prestazioni si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione. Si tratta di un termine di perenzione. Questo termine non può essere interrotto. Trascorsi i cinque anni, il diritto è perso. In caso di procedura giudiziaria, il tribunale deve esaminare d'ufficio se il diritto è perento.

Il Tribunale federale ha considerato in una sentenza del 24 aprile 2013 in relazione a trattamenti ambulatoriali, che sono in linea di principio fatturati secondo il sistema del terzo garante (art. 42 cpv. 1 LPGGA), che il termine di perenzione di cinque anni dell'art. 24 cpv. 1 LPGGA comincia a decorrere al momento della ricezione della fattura dal fornitore di prestazioni da parte della persona assicurata (DTF 139 V 244).

Nelle assicurazioni complementari secondo la LCA, che sottostà al diritto privato, si parla di termine di prescrizione e non di perenzione del credito. Il creditore (= l'assicurato) può domandare al debitore (= l'assicuratore malattia) di rilasciargli una dichiarazione di rinuncia a prevalersi della prescrizione, per non perdere il proprio diritto. Se il debitore si rifiuta, il creditore sarà costretto a iniziare una procedura esecutiva o intentare un'azione dinanzi al tribunale per impedire la scadenza del termine. Se la prescrizione era già intervenuta, il debitore poteva sollevare l'eccezione della prescrizione. Se per contro omette di sollevarla e non se ne prevale nemmeno durante la procedura giudiziaria, il tribunale non l'esamina d'ufficio.

Conformemente all'art. 46 cpv. 1 LCA, i crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui si è fondata l'obbligazione. Questo significa che le richieste di rimborso degli assicurati si prescrivono già nei

due anni a partire dalla data delle cure, nel caso in cui il termine non è stato interrotto.

Nel caso concreto, l'assicurata aveva ricevuto e pagato le fatture stabilite secondo la LAMal e la LCA da più di 10 anni con la conseguenza che il diritto al loro rimborso era già perento, rispettivamente prescritto, da molto tempo, considerato che non aveva mai trasmesso le fatture alla cassa malati. Un nostro intervento sarebbe pertanto stato vano.

Il nostro consiglio agli assicurati:

Per evitare la perenzione dei diritti secondo la LAMal, noi consigliamo agli assicurati di trasmettere rapidamente i giustificativi per il rimborso dei fornitori di prestazione alla cassa malati, anche quando – in certi Cantoni – il diritto alla presa a carico delle prestazioni è sospeso per causa di arretrati di premi o di partecipazione ai costi. In questi casi, gli assicurati dovrebbero conservare la risposta scritta dell'assicuratore malattia, secondo la quale non possono essere rimborsati vista la sospensione del diritto alle prestazioni. In questo modo potranno ancora provare negli anni successivi che avevano richiesto tempestivamente il rimborso. Essi potranno allora – dopo estinzione dei loro debiti – esercitare il loro diritto validamente, anche se i cinque anni sono già trascorsi. È per contro possibile evitare che la perenzione intervenga solo rivendicando il diritto durante il termine dei cinque anni a partire dalla ricezione della fattura dal fornitore di prestazioni.

Per evitare la prescrizione dei diritti secondo la LCA, l'assicurato dovrebbe fare attenzione a che il fornitore di prestazioni gli trasmetta la fattura il più presto possibile. Questo è nell'interesse dell'assicurato, perché il suo diritto nei confronti dell'assicuratore si prescrive in due anni conformemente all'art. 46 cpv. 1 LCA, mentre il diritto ai suoi onorari di fornitore di prestazioni si prescrive solo in cinque anni conformemente all'art. 128 cifra 3 CO. Può allora accadere che il fornitore di prestazioni trasmetta la sua fattura al paziente solo dopo la fine del termine di due anni a partire dalla data della cura. Per l'assicurato, quale paziente, significa che deve saldare la fattura del fornitore di prestazioni ma che non può più rivendicare il suo diritto al rimborso nei confronti del suo assicuratore malattia, perché il suo diritto è già prescritto.

8 Dalla prassi dei casi con riferimento all'estero

Il numero dei casi con riferimento all'estero (in particolare all'UE) aumenta costantemente, ciò che è stato il caso anche nell'anno di riferimento del rapporto. I casi seguenti illustrano le difficoltà riscontrate in questo genere di situazioni.

8.1 Principio del luogo di lavoro o del luogo di domicilio?

Caso 12

Una cittadina dell'UE si è trasferita dal marito domiciliato nel Cantone Ticino, ottenendo dalle autorità competenti un permesso di soggiorno B. Essa non ha però lasciato il suo posto di lavoro che occupava da molto tempo in Italia. Di conseguenza essa effettuava i tragitti andata e ritorno tra Svizzera e Italia, in qualità di frontiera. Per ragioni ancora sconosciute, essa ha concluso in Svizzera un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Quando è venuta a conoscenza del fatto che, malgrado il domicilio in Svizzera, non era assoggettata al regime obbligatorio svizzero perché era ancora affiliata al sistema sociale italiano d'assicurazione delle cure a causa della sua attività professionale, essa ha tentato invano d'annullare retroattivamente i rapporti d'assicurazione.

Questa configurazione, ossia un domicilio in Svizzera e un luogo di lavoro in uno Stato dell'UE, è rara e conduce spesso a complicazioni e malintesi.

Nell'Allegato II 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 (ALC), si fa riferimento al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, segnatamente al coordinamento delle assicurazioni malattie e, per quanto attiene al diritto applicabile, viene rinviato al Regolamento (CE) n. 883/2004. Questo regolamento vale per tutte le relazioni tra Svizzera e Stati membri dell'UE dal 1° aprile 2012.

L'art. 11 cpv. 1 del Regolamento (CE) n. 883/2004 precisa che una persona è sempre soggetta alla legislazione in materia di sicurezza sociale di un solo Stato membro, considerato che in Svizzera come nell'UE una doppia assicurazione è esclusa.

Inoltre, le norme di coordinazione si fondano sul principio del luogo di lavoro (art. 11 cpv. 3 lett. a del Regolamento (CE) n. 883/2004). Ciò significa che un cittadino di uno Stato membro dell'UE o della Svizzera è soggetto all'obbligo d'assicurazione nello Stato dove esercita la sua attività professionale e questo anche se risiede in un altro Stato. Questo principio del luogo di lavoro è in antitesi con il principio del luogo di domicilio, valido secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Malgrado la cittadina italiana, in qualità di lavoratrice in Italia con domicilio nel Cantone Ticino, sottostasse al principio del luogo di lavoro, conformemente alle regole di coordinamento e non dunque al principio del domicilio valido in Svizzera, si è reso necessario un intervento del nostro Ufficio di mediazione affinché l'assicuratore malattia svizzero la lasciasse partire.

Abbiamo potuto convincere l'assicuratore della validità del principio del luogo di lavoro fornendo l'attestato S1, il certificato di lavoro del datore di lavoro italiano e gli estratti dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), da cui risultava effettivamente il pagamento dei contributi d'assicurazione malattie allo Stato italiano. Solamente a ricezione di tutti questi documenti, l'assicuratore è stato disposto ad annullare la polizza d'assicurazione della cittadina italiana e a rimborsarle, conformemente all'art. 25 cpv. 3 LPGA, i premi pagati a torto.

Caso 13

Un'assicurata domiciliata in Svizzera ci ha comunicato che avrebbe prossimamente ricevuto una rendita di vecchiaia dalla Germania. A questo titolo essa sarebbe assicurata contro il rischio malattia in Germania. Essa voleva che le indicassimo se fosse autorizzata a esercitare un'attività a tempo parziale in Svizzera (30% -50%), senza essere assicurata in modo doppio.

Le regole di coordinazione si fondano sul principio del luogo di lavoro (art. 11 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004; cfr. caso 12 del presente rapporto annuale). Sulla base di questo principio i pensionati sono obbligati ad assicurarsi nello Stato dove percepiscono una rendita (art. 24 cpv. 2 lett. a del Regolamento n. 883/2004).

L'art. 31 del Regolamento n. 883/2004 disciplina i casi in cui il beneficiario di una rendita esercita contemporaneamente un'attività remunerata: l'attività remunerata ha sempre la priorità nell'ambito dell'esame delle disposizioni applicabili. La concessione di una rendita supplementare non cambia nulla all'essere subordinato a questo principio. In tal senso l'art. 31 del Regolamento n. 883/2004 prevede che le disposizioni non sono applicabili al titolare di una rendita se assoggettato alla legislazione di uno Stato sulla base dell'esercizio di un'attività subordinata o autonoma. Questo vale per tutti i tipi di rendite (per es. vecchiaia, invalidità, ecc.).

Di conseguenza, nel caso concreto i punti seguenti sono determinanti.

Considerata la concessione di una rendita da parte della Germania dalla primavera 2017, l'assicurata soggiace all'obbligo di assicurarsi contro il rischio malattia in questo Stato. Dal momento che esercita un'attività nel luogo del suo domicilio in Svizzera, essa sottostà all'obbligo di assicurarsi in Svizzera.

Se un giorno l'assicurata acquisisce il diritto a una rendita AVS in Svizzera per questa attività e continua ad abitarci, essa sarà allora sottoposta all'obbligo d'assicurazione in Svizzera. In effetti, i pensionati che sono titolari di una rendita dello Stato di residenza (art. 23 del Regolamento n. 883/2004) sono obbligati ad assicurarsi in questo stesso Stato. L'importo della rendita e il periodo di contribuzione non sono determinanti. Anche rendite poco importanti possono fondare un obbligo d'assicurazione.

8.2 Riscossione di prestazioni in uno Stato UE

Caso 14

Un cittadino svizzero, beneficiario di una rendita AVS, domiciliato in Spagna, è stato vittima di un infortunio. Egli è caduto a casa sua e si è ferito a un piede. Soffrendo dolori importanti, si è rivolto all'ospedale pubblico più vicino al suo domicilio, dove non gli è stata diagnosticata alcuna frattura. Il medico si è limitato a bendare il piede ad angolo retto, raccomandandogli di mantenere il piede a riposo durante due settimane. Due giorni più tardi, il bendaggio si è aperto e l'assicurato non poteva ancora muovere il piede. Visto che temeva una lacerazione dei tendini o dei muscoli, egli ha consultato un medico ortopedico che curava solo pazienti privati (medico privato). Questi gli ha consigliato di sottoporsi a IRM, che è stata eseguita tre giorni dopo in una clinica privata, perché l'ospedale pubblico non disponeva apparentemente dell'infrastruttura necessaria. Il piede è stato infine ingessato.

L'ospedale pubblico ha riconosciuto la carta d'assicurazione svizzera e indirizzato la sua fattura all'istituzione d'assistenza in materia d'assicurazione in Spagna, mentre il medico privato e la clinica privata hanno rifiutato la carta. Il pensionato ha dunque dovuto pagare lui stesso la nota d'onorario corrispondente. Egli voleva dunque sapere se il modo di agire del medico e della clinica privati fosse legale.

Le persone domiciliate in Spagna, titolari di una rendita della Svizzera ma che non dispongono di un diritto a una rendita da parte della Spagna, sottostanno in linea di principio all'assicurazione obbligatoria delle cure in Svizzera. Esse possono farsi curare sia in Spagna che in Svizzera.

In Svizzera, esse hanno il diritto a tutte le prestazioni in natura (prestazioni mediche e farmaceutiche) che sono previste dalla legislazione svizzera e rimborsate conformemente alle relative disposizioni.

In Spagna esse hanno diritto a tutte le prestazioni in natura previste dalla legislazione spagnola, che sono concesse alle condizioni e secondo le tariffe legali del paese. Per poter beneficiare di queste prestazioni, esse devono iscriversi presso la "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" nel loro luogo di domicilio e per così fare devono presentare l'attestato S1 (l'attuale formulario E 121). Quest'ultima conferma che le persone hanno diritto alle prestazioni in natura a carico dell'assicurazione malattie svizzera. Questa attestazione è rilasciata dall'assicuratore malattia svizzero. Le prestazioni sono concesse dall'istituzione di assistenza reciproca in materia d'assicurazione come se le persone interessate fossero assicurate in Spagna. Esse sono assimilate alla popolazione autoctona (cfr. foglio informativo dell'UFAS del luglio 2017).

Nel caso di specie, il pensionato aveva beneficiato, secondo le indicazioni dell'organo di collegamento spagnolo, di prestazioni private. Conformemente alla legislazione spagnola in materia di assicurazioni sociali, non essendo obbligatorie, sono pertanto da assumere a titolo di assistenza reciproca in materia di prestazioni. Per poter mettere le prestazioni a carico dell'istituto d'assistenza reciproca in materia d'assicurazione, l'assicurato avrebbe dovuto consultare un fornitore di prestazioni pubblico.

In caso di rifiuto dell'organo di collegamento è possibile rivendicare sussidiariamente una prestazione complementare nei confronti dell'istituzione

competente (assicuratore malattia svizzero) secondo il diritto svizzero (art. 36 cpv. 2 OAMal), conformemente alla regola valida in questo caso (cfr. SBVR Soziale Sicherheit, 3a ed. – Eugster, nota marginale 569).

L'art. 36 cpv. 2 OAMal presuppone però un caso d'urgenza, condizione che secondo noi non era data nella fattispecie, visto che l'assicurato aveva beneficiato di prestazioni del medico ortopedico (medico privato) e della clinica privata diversi giorni dopo le prime cure ricevuto all'ospedale pubblico.

Un intervento presso l'assicuratore malattia svizzero non avrebbe dunque alcuna possibilità di successo, motivo per cui vi abbiamo rinunciato.

Lucerna, 18 aprile 2018

Morena Hostettler Socha, mediatrice

Fondazione Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie

Consiglio di fondazione (stato al 31.12.17):

MOSER Markus	Presidente , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vicepresidente , mag. oec. HSG, già membro del Consiglio agli Stati; 7302 Landquart
CHIESA Tanner Gabriella	Segretaria generale della CSS; 8806 Bäch SZ
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Dr. med. psichiatra e psicoterapia; 3007 Bern
DITTLI Nikolai	CEO della CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	lic. iur. LL.M.; 7742 Poschiavo
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I, membro del Consiglio di stato; 1700 Friburgo

Ufficio di Lucerna (stato al 31.12.17):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Mediatrice , lic. iur., avvocato
SCHMUTZ Thomas	Sostituto della mediatrice , Fürsprecher (avvocato bernese)
BRECHBÜHL Eliane	Dipl. perito in ass. malattie
BUCHER Silvia (dal 01.05.17)	PD, Dr. iur., avvocato
FELLMANN Fabienne (fino al 31.10.17)	MLaw, avvocato
GOTTRAUX Isabelle	Lic. iur., giurista
LORÉTAN Charles	Dipl. perito in ass. malattie
SCHMID Jasmin	MLaw, giurista
TRONTO Lorena	MLaw, giurista
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, giurista

Contatto

Per iscritto:

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

Website:	https://www.om-kv.ch/it (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