

Ufficio di mediazione

dell'assicurazione malattie

Rapporto annuale '18

Premessa della mediatrice



Festa del 25esimo anniversario dell'Ufficio dell'assicurazione malattie

Stimate lettrici e assicurate, stimati lettori e assicurati

Nel gennaio 2018 la nostra fondazione ha festeggiato il suo 25esimo anniversario, che è stato celebrato qualche mese più tardi in un ambito ristretto. In quell'occasione il consiglio di fondazione ha incaricato un istituto di studi di mercato di svolgere un'indagine per determinare il grado di soddisfazione degli assicuratori malattie nei confronti dell'Ufficio di mediazione. Il risultato favorevole ci ha confortato nel convincimento che siamo sulla buona strada ma che possiamo ancora migliorare.

Il funzionamento e il bilancio del nostro Ufficio di mediazione saranno indicati qui di seguito – come ogni anno – con riassunti succinti di casi scelti a titolo d'esempio (a partire dal capitolo 5). Per motivi inerenti alla protezione della personalità, i nomi e i dati delle persone non saranno menzionati o saranno modificati. I fatti, le spiegazioni e le soluzioni saranno presentati in modo semplificato.

I temi trattati variano di nuovo considerabilmente e concernono la risoluzione con effetto retroattivo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, la partecipazione ai costi, il trattamento dentario di pazienti portatori di disabilità mentali, i problemi che riguardano i broker assicurativi, il passaggio da un'assicurazione d'indennità giornaliera collettiva a un'assicurazione individuale, la procedura di diffida e i casi con riferimento all'estero.

Spero vivamente che il rapporto annuale 2018 possa suscitare il vostro interesse.

La vostra mediatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerna, 16 aprile 2019

M. Hostettler Socha

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 Risoluzione con effetto retroattivo dell'assicurazione malattia obbligatoria
 - 5.2 Partecipazione ai costi in caso di degenza ospedaliera stazionaria
 - 5.3 Assenza di partecipazione ai costi in caso di maternità
 - 5.4 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 secondo la LCA****7. Casi implicanti i due ambiti di diritto****8. Dalla prassi dei casi con riferimento all'estero****8.1 Diritto alla riduzione individuale dei premi****8.2 Diritto d'opzione**

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

1 Ufficio

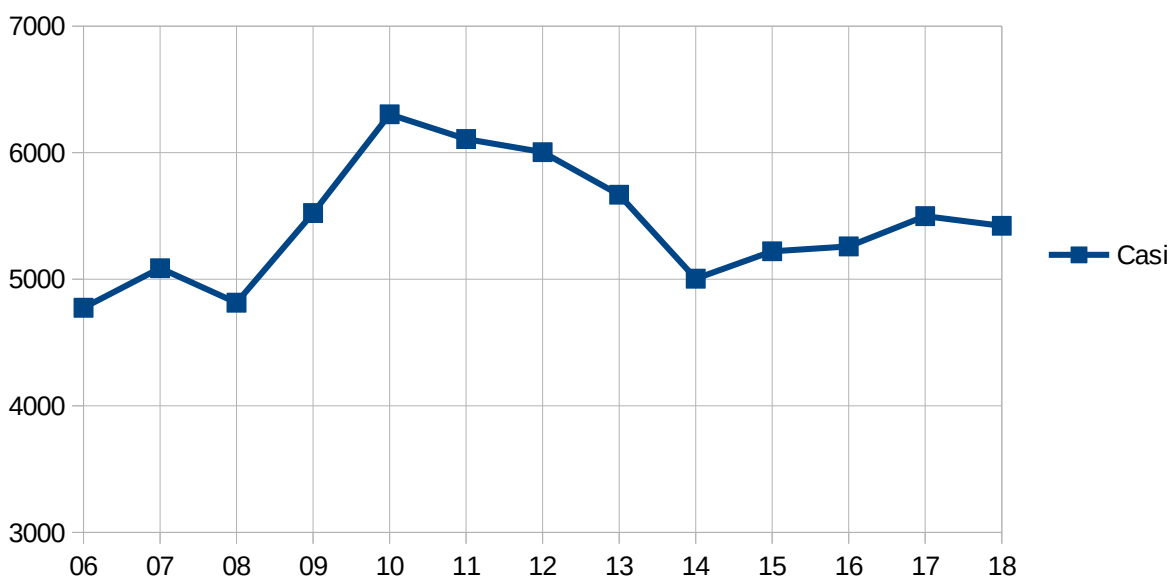
Nel 2018 il servizio dell'Ufficio di mediazione è stato gestito dalla mediatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avvocato), dal suo sostituto (Fürsprecher Thomas Schmutz, avvocato bernese), da cinque collaboratrici con formazione giuridica (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Lorena Tronto e Silvia Bucher) e da due specialisti in assicurazione malattia (Charles Lorétan e Eliane Brechbühl). Il 31 dicembre 2018 l'Ufficio disponeva di 6,7 posti di lavoro.

2 Consiglio di fondazione

Il Consiglio di fondazione si è incontrato il 18 aprile 2018 per approvare il conto annuale 2017 così come il rapporto annuale 2017. Il 21 novembre 2018 si è riunito per discutere il budget 2019 e la gestione in corso dell'Ufficio di mediazione.

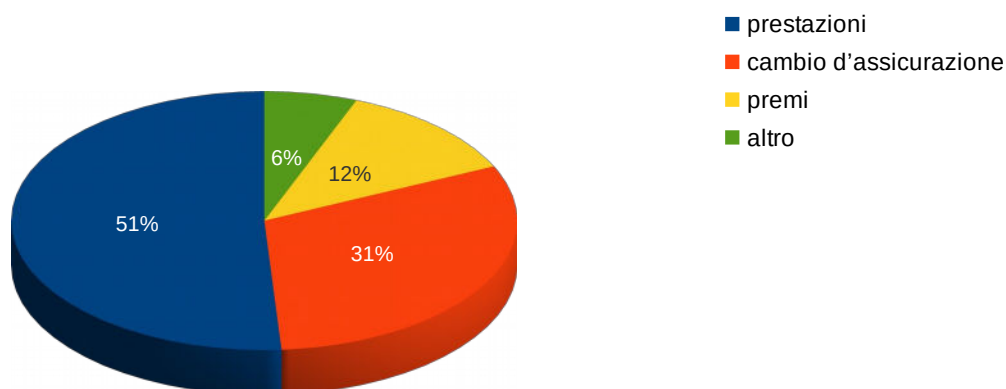
3 Cifre

Evoluzione dei casi dal 2006 al 2018



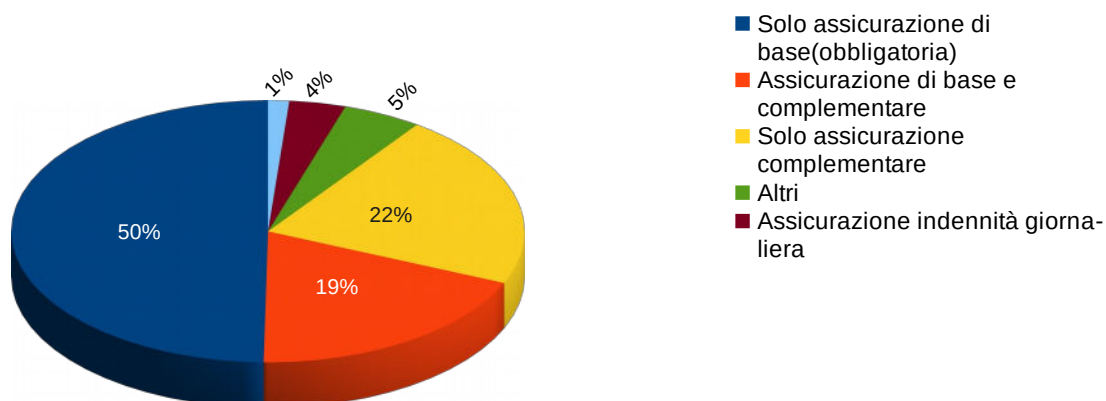
3.1 Entrate per materia

Nel 2018, anno di riferimento del presente rapporto, l'Ufficio di mediazione si è visto confrontato con 5422 entrate (2017: 5499), che rappresenta una leggera diminuzione di 77 casi rispetto all'anno precedente. La ripartizione delle entrate per materia si presenta come segue: 2770 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2017: 2524), 1671 nell'ambito della conclusione o del cambiamento di assicurazione (2017: 1651) e 659 riguardanti i premi/contributi (2018: 678). I restanti 322 casi concernevano richieste di natura generale (2017: 646).

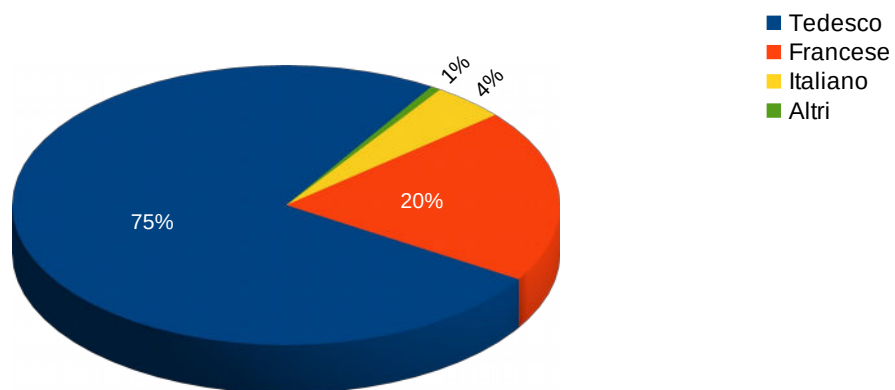


3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

2696 casi riguardavano unicamente l'assicurazione di base (2017: 2663), 1170 solo l'assicurazione complementare (2017: 1187), 1021 entrambe le assicurazioni (2017: 1126). In 193 casi le richieste riguardavano l'assicurazione indennità giornaliera (2017: 210). In 72 casi dovevamo mandare gli assicurati presso l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2016: 35). Le restanti 270 entrate concernevano questioni di natura generale, in parte non in relazione con l'assicurazione malattia (2017: 278).

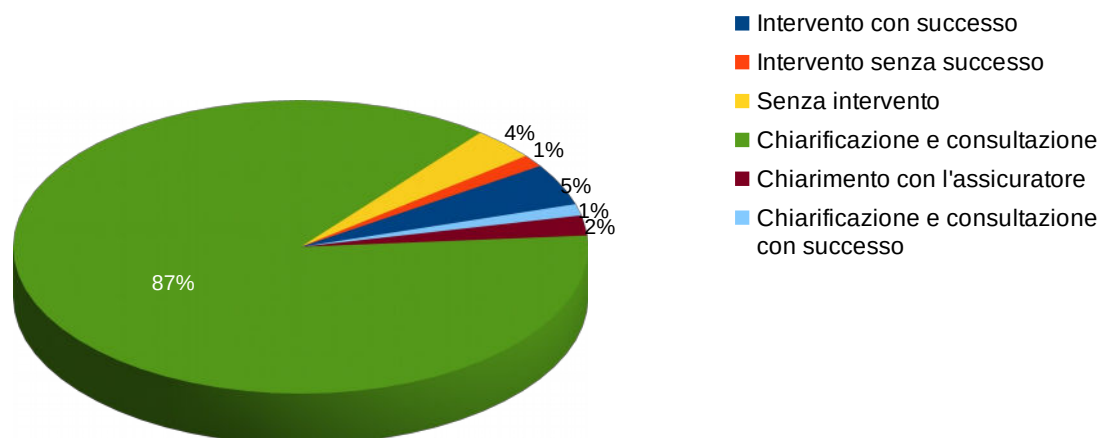


3.3 Entrate per lingua



4067 entrate sono state presentate in tedesco (2017: 4258), 1087 in francese (2017: 1011) e 235 in italiano (2017: 199). In altre lingue (soprattutto in inglese) 33 (2017: 31).

3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione



In 4717 casi (= 87%) 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 (2017: 4679). In 322 casi in totale (= > 5,9%) l'Ufficio di mediazione è intervenuto con una proposta all'assicuratore malattia (2017: 400 risp. < 7,4%), che è stata accolta in 249 casi (= 4,6%; 2017: 318 risp. < 5,9%), ossia con una quota di successo di oltre il 77% (2017: 79,5%). In 194 casi (= < 3,6%), l'Ufficio di mediazione non è intervenuto (2017: 223 risp. > 4%), nel senso che non è stata formulata alcuna proposta particolare all'assicuratore. In 120 casi (= 2,2%) abbiamo unicamente richiesto alle casse malati i documenti, che non era stato possibile ottenere dagli assicurati per difficoltà inerenti alla lingua o all'età (2017: 66 risp. > 1,2%). In 69 casi (= < 1,3%) abbiamo potuto spiegare la situazione giuridica agli assicurati, che hanno così potuto loro stessi liquidare con successo il loro contrasto con l'assicuratore malattia (2017: 48 risp. 0,9%).

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. Nell'anno di riferimento abbiamo registrato per la prima volta una leggera diminuzione dell'1,4%. Questo valore si trova ancora nella zona di dispersione, ragione per cui non si può ancora parlare di un cambiamento di tendenza.

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.

5 Dalla prassi dell'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal

5.1 Risoluzione con effetto retroattivo dell'assi. malattia obbligatoria

Nel corso dell'esercizio 2018 siamo stati contattati da molti assicurati che erano stati invitati dal loro precedente assicuratore, rispettivamente da quello ancor prima, ad annullare la loro assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie attuale e di tornare all'assicuratore precedente, considerato che il cambiamento di cassa non era allora intervenuto in maniera valida. Quando una tale richiesta avviene in tempi brevi non pone, di regola, alcun problema. La situazione si complica quando sono trascorsi più anni tra il momento del cambiamento di cassa e la richiesta di riprendere il precedente assicuratore e quando l'assicurato ha utilizzato di frequente il suo diritto di scegliere una cassa malati meno cara, come nel caso seguente.

Caso 1

Il signor X. vive di una rendita AVS modesta e di prestazioni complementari. Nell'autunno 2007 egli ha deciso di cambiare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Egli ha in seguito disdetto la sua assicurazione nei confronti della cassa malati A e ha domandato la sua affiliazione alla cassa malati B per il 1° gennaio 2008. Quest'ultima gli ha risposto, mediante uno scritto standard, che il passaggio da una cassa malati a un'altra era possibile solo qualora l'assicurato non avesse avuto più alcun debito nei confronti della cassa malati precedente. L'assicurato ha creduto che la nuova cassa avesse rifiutato la sua domanda d'affiliazione, e si è pertanto rivolto alla cassa malati C che lo ha assicurato senza imporgli condizioni a far tempo dal 1° gennaio 2008. La precedente cassa malati A non sembra si sia preoccupata del fatto che avesse ricevuto un'attestazione di nuova assicurazione ad opera di due casse malati. In seguito, il signor X ha cambiato diverse volte la cassa malati. Egli è stato regolarmente oggetto di una procedura esecutiva dell'assicuratore malattie B che conosceva il suo indirizzo ma che ignorava tuttavia presso chi egli fosse a quel tempo assicurato. Poiché l'assicurato non disponeva di beni pignorabili, le esecuzioni erano state abbandonate nel corso degli anni. Il caso ha fatto sì che il signor X si sia poi rivolto a una cassa malati integrata nel gruppo dell'assicuratore malattie B. Il signor X, che aveva nel frattempo raggiunto gli 80 anni, si è visto confrontato con la domanda di risoluzione del rapporto d'assicurazione. Il precedente assicuratore B ha sollecitato il pagamento degli arretrati all'assicurato, di nuovo con procedure esecutive. Il signor X si è lamentato con noi perché non riusciva più a dormire serenamente. A suo dire, l'assicuratore B era interamente responsabile.

Dopo che il nostro Ufficio di mediazione ha proceduto agli accertamenti necessari, da cui è emerso che il passaggio dalla cassa malati A a quella B è intervenuto validamente al 1° gennaio 2008 – considerato che tutti presupposti per un cambiamento di cassa malati erano stati realizzati (disdetta nei termini, domanda

di adesione, attestazione immediata di nuova assicurazione e assenza di arretrati dopo il decorso del termine di disdetta) – abbiamo tentato di convincere l'assicuratore malattie B a voler rinunciare alla risoluzione dei rapporti d'assicurazione, considerato che esso avrebbe dovuto effettuarla nell'intervallo nei confronti di otto casse malati differenti. L'assicuratore malattie ha tuttavia insistito per risolvere i rapporti d'assicurazione. Fortunatamente, l'assicurato non aveva in pratica beneficiato di prestazioni durante questi anni. Per questo motivo, la risoluzione dei rapporti d'assicurazione è durata « solo » 18 mesi con il risultato che il signor X è ora assicurato presso l'assicuratore malattie B che, ironia della sorte, gli deve ancora rimborsare dei soldi.

In questo contesto, ci siamo domandati se un tale investimento, in termini di risorse, sia ancora ragionevole nell'ambito delle assicurazioni sociali, di cui è parte l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Siamo dell'avviso che, su questo punto, spetterebbe al legislatore limitare la risoluzione a cinque anni.

5.2 Partecipazione ai costi in caso di degenza ospedaliera stazionaria

Ad eccezione dei minorenni, dei giovani adulti in formazione e delle donne in maternità (cfr. infra n. 5.3), gli assicurati sono tenuti a partecipare, oltre alla franchigia annuale e all'aliquota percentuale del 10 %, anche ai costi di degenza ospedaliera stazionaria. La contribuzione giornaliera ammonta a fr.15.- (cfr. art. 64 cpv. 5 LAMal in relazione con l'art. 104 OAMal). Se tale importo può sembrare a prima vista di entità insignificante, esso può diventare relativamente oneroso quando la degenza ospedaliera si prolunga.

Caso 2

Nel caso concreto, l'assicurata era stata curata in primo luogo per un periodo prolungato nel reparto di terapia intensiva prima di raggiungere il reparto ordinario. Il figlio dell'assicurata ci domanda se la contribuzione per la degenza ospedaliera fosse altresì dovuta durante il soggiorno nel reparto di terapia intensiva, dove si viene alimentati in maniera esclusivamente artificiale.

La riscossione della contribuzione per la degenza ospedaliera di fr. 15.- al giorno si giustifica perchè, durante la degenza ospedaliera, la persona assicurata risparmia i costi della vita quotidiana che avrebbe dovuto sostenere normalmente a casa. Si tiene così conto del fatto che i contributi per la degenza ospedaliera a carico dell'assicurazione malattie comprendono anche i costi per l'alloggio e per i pasti. Questo include pure i costi per l'acqua, l'elettricità, ecc. (cfr. sentenze del vTribunale federale delle assicurazioni K 46/06 del 24 maggio 2007 consid. 3.3 e K 135/06 del 27 aprile 2007 consid. 2.7). La giurisprudenza federale menzionata considera la modesta partecipazione di fr. 15.- ai costi per l'alloggio e per i pasti all'ospedale come una contropartita ragionevole per i risparmi dell'economia domestica.

Abbiamo pertanto comunicato al figlio dell'assicurata che la contribuzione per degenza ospedaliera era dovuta, così come la franchigia annuale e l'aliquota percentuale del 10 %, indipendentemente dall'alimentazione artificiale o no della madre durante la degenza ospedaliera.

5.3 Assenza di partecipazione ai costi in caso di maternità

A far tempo dal 1° marzo 2014 le future mamme sono esonerate dalla partecipazione ai costi non solo – come finora – per le prestazioni di maternità secondo l'art. 29 LAMal, in relazione con gli art. 13 segg. OPre, ma anche, a contare dalla 13ma settimana di gravidanza, per le prestazioni in caso di malattia conformemente agli art. 25 e 25a LAMal (cfr. art. 64 cpv. 7 lett. a e b LAMal). Le agevolazioni finanziarie volute dal legislatore hanno comportato nuove complicazioni amministrative.

Caso 3

L'assicurata era incinta durante l'anno di riferimento. La ginecologa ha svolto esami clinici e vaginali il 29 e il 30 agosto 2018 e ha fatto eseguire diverse analisi di laboratorio conformemente all'elenco delle analisi (EA). Essa ha infine fissato il primo giorno della 13a settimana al 26 settembre 2018. La cassa malati ha in seguito fatturato all'assicurata la franchigia annuale e l'aliquota percentuale del 10 %. La cassa malati ha mantenuto il suo conteggio, malgrado il reclamo dell'assicurata che non era d'accordo.

Le nostre ricerche hanno permesso di indicare che si è partiti dal principio che le prestazioni di maternità secondo l'art. 29 cpv. 2 LAMal in relazione con l'art. 13 OPre (come per esempio la prima consultazione, le ecografie, nonché le analisi di laboratorio effettuate prima della 13a settimana di gravidanza) erano esenti dalla partecipazione ai costi solo dalla 13a settimana di gravidanza. Nel caso concreto non si aveva capito che l'esonero dalla partecipazione ai costi a far tempo dalla 13a settimana di gravidanza valeva solo per i casi di malattia durante la gravidanza, ossia quando sono fornite prestazioni conformemente agli art. 25 e 25a LAMal.

Le prestazioni effettive di maternità previste all'art. 29 cpv. 2 LAMal, in relazione con gli art. 13 segg. OPre, sono in tutti i casi esenti da partecipazione ai costi, indipendentemente dal fatto che sono forniti prima o dopo la 13a settimana di gravidanza.

5.4 Prestazioni

Talvolta viene chiesto all'Ufficio di mediazione per quale motivo i costi per l'anestesia nei trattamenti dentari dei bimbi in tenera età non sono assunti dalle casse malati. In generale, noi rispondiamo che si tratta di una prestazione non obbligatoria. Nel caso seguente tuttavia la questione non è quella dei bimbi in tenera età ma quella di una donna portatrice di una grave disabilità mentale.

Caso 4

L'assicurata, rappresentata dal padre, soffre di una grave disabilità mentale e ha necessitato, durante l'anno di riferimento, di un intervento di medicina dentaria (estrazione di tutti i denti del giudizio). Considerato che un tale trattamento non poteva essere realizzato senza un'anestesia generale, il dentista curante ha

chiesto alla cassa malati una garanzia di partecipazione ai costi di un'anestesia generale durante l'intervento dentario. L'assicuratore malattie ha rifiutato la domanda, visto che un intervento di medicina dentaria – salvo eccezioni previste nella LAMal – non presenta il carattere di una prestazione obbligatoria. Inoltre la cassa malati ha reso attento il dentista sul principio del complesso terapeutico previsto dalla legge sull'assicurazione malattie, in virtù del quale sono assunti solo i costi per gli atti preparatori indispensabili a una prestazione obbligatoria. Se la prestazione principale costituisce una prestazione non obbligatoria, allora nessun costo sarà preso a carico.

Siamo intervenuti presso l'assicuratore malattie nel senso del dentista:

" In caso di disabilità mentale, un'anestesia costituisce una prestazione obbligatoria per un intervento di medicina dentaria diagnostico o terapeutico. A differenza dei pazienti in buona salute, per i quali l'anestesia si riferisce all'intervento di medicina dentaria e non presenta pertanto un carattere obbligatorio, nel caso di un paziente con disabilità si tratta di una complicazione medica, conformemente all'art. 3 cpv. 1 della legge federale sulla parte generale delle assicurazioni sociali (LPGA), provocata da uno stato avente lui stesso valore di malattia. Di conseguenza, l'anestesia costituisce una prestazione obbligatoria conformemente all'art. 25 LAMal. Ogni complicazione medica di una prestazione non obbligatoria deve essere trattata".

« A causa di una mancata comprensione del contesto nel quale evolvono i pazienti interessati da una disabilità, sempre discriminati, nei decenni l'adozione del n. 2.3 dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre), allegato 1, ha disciplinato definitivamente la situazione ». Il n. 2.3 prevede: " Anestesia generale volta a consentire interventi diagnostici o terapeutici (incl. Interventi di medicina dentaria), nel caso in cui gli interventi diagnostici e terapeutici fossero possibili solo sotto anestesia a causa di gravi disabilità mentali e fisiche ".

L'assicuratore malattie ha mantenuto la sua posizione nel senso di un rifiuto di assunzione. Forse esso vuole provocare una decisione di un tribunale. Considerato che non vi era più nulla da fare da un punto di vista della mediazione, non ci è restato che consigliare al padre dell'assicurata di procedere in via giudiziaria (decisione soggetta a opposizione).

6 Dalla prassi delle ass. complementari secondo la LCA

6.1 Conclusione di assicurazioni complementari

I problemi causati agli assicurati da certi broker assicurativi poco seri sono un tema ricorrente per l'Ufficio di mediazione da diversi anni. Il progresso digitale aggiunge una dimensione supplementare al potenziale conflitto esistente, come indica segnatamente il caso 5.

Caso 5

Un assicurato ha ricevuto una polizza d'assicurazione da parte di un assicuratore con cui, a suo dire, egli non aveva sottoscritto alcun contratto d'assicurazione. Pur ammettendo di aver intavolato trattative con un collaboratore di questa cassa malati, egli contesta tuttavia di aver trovato un accordo con quest'ultimo. Egli si era infine orientato verso un altro assicuratore malattie. Nel frattempo l'assicurazione malattia obbligatoria delle cure medico-sanitarie era stata annullata ma la cassa malati si ostinava a sostenere che le assicurazioni complementari erano state validamente concluse. L'assicurato contesta tale conclusione.

Dai nostri accertamenti è emerso che l'assicuratore malattie aveva ricevuto la richiesta mediante portale elettronico ("piattaforma online"). In tale richiesta figurava il nome completo dell'assicurato ma il suo indirizzo di posta elettronica non coincideva con il suo. Da un consulto di Zefix (ovvero l'indice centrale delle ditte commerciali su internet) è emerso che si trattava dell'indirizzo di una Sagl, il cui scopo societario consisteva nel consiglio, nell'intermediazione e nella gestione in ambito assicurativo. Quanto al preteso collaboratore della cassa malati, egli era un intermediario della Sagl. Considerato che tale società non figurava nel registro degli intermediari della FINMA, l'Ufficio di mediazione ha invocato l'art. 43 cpv. 1 LSA, e contrario, nei confronti dell'assicuratore e considerato il broker assicurativo come un intermediario vincolato all'assicuratore malattie. Nel contempo, l'Ufficio di mediazione ha sostenuto che la tesi dell'assicurato, secondo cui l'intermediario aveva compilato un modulo online, a suo dire senza consenso, non poteva d'acchito essere confutata nella misura in cui non esisteva alcun modulo da lui sottoscritto. Abbiamo inoltre argomentato che la sola iscrizione in un portale elettronico non era sufficiente per concludere una polizza d'assicurazione, considerata l'assenza di conferma ulteriore con firma del richiedente. Una soluzione diversa determinerebbe un forte rischio di abusi. Per questo motivo le assicurazioni complementari dovevano essere annullate.

L'assicuratore non è stato d'accordo con tale argomentazione, ma ha accettato la richiesta e annullato le assicurazioni complementari senza ulteriori commenti.

Caso 6

L'assicurato ha rimproverato a un broker assicurativo di avergli dato consigli errati, e pertanto ha rifiutato di riconoscere la conclusione di assicurazioni complementari secondo la LCA. Egli ha sollecitato il nostro aiuto.

Abbiamo dapprima esaminato se l'assicurato era vincolato dalla proposta di contratto d'assicurazione al momento dell'accettazione dell'assicuratore, conformemente all'art. 1 cpv. 1 LCA. Tale sarebbe stato il caso se l'assicurato avesse ricevuto la conferma d'assicurazione dall'assicuratore malattie nel termine di 14 giorni dal momento della sottoscrizione della proposta d'assicurazione nei confronti del broker assicurativo vincolato. In presenza di un broker assicurativo non vincolato, il termine comincerebbe a decorrere solo dalla ricezione della proposta dell'assicuratore.

I nostri accertamenti hanno evidenziato alcune contraddizioni. Innanzitutto non era chiaro se il broker agiva quale intermediario vincolato o no. Conformemente ai moduli presentati al richiedente per la firma, la Sagl – per la quale il broker assicurativo esercitava – appariva sul portale elettronico degli intermediari della FINMA come intermediario vincolato all'assicuratore malattie in questione. Abbiamo di conseguenza calcolato il termine di 14 giorni a partire dalla consegna della proposta d'assicurazione al broker. L'assicuratore malattie non era tuttavia d'accordo con tale procedere. Esso ci ha comunicato che non aveva concluso alcun contratto con questa società in qualità d'intermediario vincolato. Il broker agiva, conformemente alle proprie informazioni del «registro delle persone giuridiche», in qualità d'intermediario non vincolato. Inoltre, secondo l'assicuratore, tali broker lavorerebbero quali sub-intermediari per le strutture d'intermediari. Si trattava segnatamente del caso in rassegna.

Di conseguenza il termine di 14 giorni aveva cominciato a decorrere dal momento in cui il broker aveva consegnato la proposta all'assicuratore. Il timbro di ricezione della cassa sulla domanda era dunque determinante. In virtù dello stesso, l'assicuratore malattie aveva rispettato il termine di 14 giorni. La cassa aveva pertanto considerato valido il contratto d'assicurazione.

Abbiamo rinunciato a un nostro ulteriore intervento. Ci siamo tuttavia domandati se tale pratica non fosse contraria alla legge (art. 1 cpv. 1 LCA). Auspichiamo che l'attività dei sub-intermediari che lavorano per strutture d'intermediari non si espanda. In effetti questo non contribuisce alla sicurezza del diritto, considerato che in questo genere di situazioni un tribunale non è quasi mai chiamato a decidere tale questione giuridica. Un'azione giudiziaria dinanzi a un tribunale civile rappresenta un ostacolo eccessivo per gli assicurati.

6.2 Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LCA

Il caso seguente ha sollevato una questione giuridica interessante in relazione al passaggio di un'assicurata in disoccupazione dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera.

Caso 7

L'assicurata ha lavorato alle dipendenze di X SA fino al suo licenziamento per il 31 dicembre 2017. La datrice di lavoro aveva stipulato per i suoi collaboratori con un assicuratore malattie un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera in caso di malattia secondo la LCA. Conformemente alle dichiarazioni dell'assicurata, la

datrice di lavoro non l'aveva informata della possibilità di passaggio a un'assicurazione individuale, di cui ha avuto conoscenza grazie a terzi. Per questo motivo essa si era rivolta direttamente all'assicuratore, invitandolo a sottoporle un'offerta di passaggio nell'assicurazione individuale. Quest'ultimo le ha proposto un'indennità giornaliera assicurata di fr. 220.- per un massimo di 730 giorni con un termine di carenza di 30 giorni, il tutto per un premio mensile di fr. 800.- . Considerato che il premio era troppo alto per l'assicurata, essa ha tentato di ottenere un prodotto con meno prestazioni favorevoli (termine di carenza più lungo e/o indennità giornaliere inferiori). Partendo dal principio che non si trattava più di un passaggio dall'assicurazione d'indennità giornaliera collettiva a una individuale ma della conclusione di un nuovo contratto, l'assicuratore malattie ha sottoposto la conclusione dell'assicurazione d'indennità giornaliera con meno prestazioni favorevoli a un esame delle condizioni di salute. L'assicurata non desiderava la conclusione di un nuovo contratto ma il passaggio all'assicurazione individuale con prestazioni assicurative meno favorevoli rispetto a quelle valide fino a quel momento nel contratto collettivo e si è quindi rivolta all'Ufficio di mediazione.

Dalle nostre indagini è emerso che l'assicurata percepiva indennità giornaliera di disoccupazione dal gennaio 2018. Essa era dunque disoccupata ai sensi dell'art. 10 LADI. Conformemente all'art. 100 cpv. 2 LCA, per gli assicurati considerati disoccupati ai sensi dell'art. 10 LADI, l'art. 71 cpv. 1 LAMal è, oltre ad altre disposizioni, applicabile per analogia. La seconda frase di questa disposizione, che disciplina il passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale, prevede che : « Se nell'assicurazione individuale l'assicurato non assicura prestazioni più elevate, non possono essere formulate nuove riserve e dev'essere mantenuta l'età d'entrata determinante nel contratto». Abbiamo fatto valere nei confronti dell'assicuratore che bisognava comprendere da questo disposto legale, applicabile ai disoccupati, che l'assicurazione per prestazioni meno favorevoli in un contratto individuale non doveva essere disciplinata diversamente dal mantenimento delle prestazioni assicurate fino ad allora nell'assicurazione collettiva. Nella misura in cui l'art. 71 cpv. 1 LAMal (in relazione con l'art. 100 cpv. 2 LCA) non permette la formulazione di nuove riserve per ragioni di salute, né di considerare l'età attuale, si può partire dal principio che in tutti i casi in cui non si tratta di un'assicurazione più estesa, un rischio eventuale sopravvenuto tra l'ottenimento dell'assicurazione collettiva e il passaggio nell'assicurazione individuale non debba essere preso in considerazione. Questo significa, nel caso di una persona in disoccupazione, che la conclusione di un'assicurazione con prestazioni meno favorevoli, rispettivamente prestazioni inferiori, deve essere considerata come il mantenimento, a seguito del passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale, delle prestazioni assicurate fino a quel momento. Di conseguenza, tale sottoscrizione d'assicurazione non deve essere considerata come la stipulazione di un nuovo contratto.

L'assicuratore malattie ha condiviso la nostra argomentazione e garantito all'assicurata un'assicurazione per prestazioni meno favorevoli, rispettivamente meno elevate, senza esigere un esame dello stato di salute e conservando l'età d'entrata determinante nel contratto collettivo.

7 Casi implicanti i due ambiti di diritto

Spesso sorgono conflitti tra gli assicurati e i loro assicuratori malattie nell'ambito della procedura di diffida, considerato che gli assicurati non sono, a nostro avviso, sufficientemente al corrente delle conseguenze in caso di mancato pagamento dei premi.

Caso 8

Il contraente, capo famiglia di un'economia domestica composta da quattro persone, ha ricevuto, il 13 dicembre 2017, dal suo assicuratore malattie una diffida di pagamento, per premi non pagati, del tenore seguente:

Egregio signor X,

La sua fattura di premi n° 00001 di fr. 641.- esigibile al 30 novembre 2017 è rimasta a tutt'oggi impagata.

Importo dei premi in fr.	Premi	LAMal	LCA	Totale
12345 Signor X	Mese di dicembre 2017	175.00	50.00	225.00
12346 Signora X	Mese di dicembre 2017	232.00	45.00	277.00
12347 Figlio Y	Mese di dicembre 2017	6.50	63.00	69.50
12348 Figlia Z	Mese di dicembre 2017	6.50	63.00	69.50
Totale in fr.				641.00
<i>Spese di diffida</i>				10.00

Importo da versare entro il 28.12.2017

CHF 651.00

Sul retro del documento vi sono le norme legali e gli articoli delle condizioni generali d'assicurazione applicabili in difetto di pagamento.

Se la fattura è stata pagata nel frattempo, voglia ovviamente ignorare questo nostro scritto.

Restando a disposizione per ulteriori ragguagli, voglia gradire egregio signor X, i nostri più cordiali saluti.

Sul retro di detta diffida erano citate testualmente senza commento i seguenti articoli di legge: art. 90 OAMal, art. 105a OAMal, art. 105b cpv. 2 OAMal, art. 105m cpv. 2 OAMal, art. 64 cpv. 2 LAMal, art. 20 cpv. 1 e 3 LCA, art. 21 cpv. 1 LCA e diverse altre clausole delle condizioni generali e speciali relative alle assicurazioni obbligatorie delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal e alle assicurazioni complementari secondo la LCA.

Un bollettino di versamento era allegato alla diffida ed era già compilato (segnatamente per l'importo rivendicato di fr. 651.-).

Il contraente non ha effettuato il versamento e l'assicuratore malattie gli ha inoltrato una nuova diffida di pagamento con un nuovo termine. La prima pagina del documento indicava, come nella diffida, il riferimento alle norme legali e alle condizioni generali d'assicurazione applicabili figuranti sul retro. In seguito non è più successo nulla, né da parte dell'assicuratore malattie né del contraente. Tre mesi più tardi il contraente ha ricevuto un precetto esecutivo, che sollecitava il pagamento degli arretrati relativi all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e degli arretrati alle assicurazioni complementari, compresi i costi di diffida e di esecuzione, come pure gli interessi. Il contraente ha interposto opposizione al precetto esecutivo. Per i premi dei mesi successivi, la medesima procedura di diffida di pagamento si è ripetuta. Il contraente desiderava rescindere tutte le assicurazioni complementari per ragioni finanziarie.

L'Ufficio di mediazione ha contestato la diffida – come pure la richiesta successiva di pagamento – nei confronti dell'assicuratore malattie su tre punti:

1° punto:

Abbiamo attirato l'attenzione dell'assicuratore sul tenore della seconda frase dell'art. 105b cpv. 1 OAMal, che disciplina la procedura di diffida nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal. Secondo questa norma, la diffida (relativa al mancato pagamento dei premi LAMal) **deve** essere presentata separatamente da ogni diffida relativa ad altri eventuali ritardi di pagamenti.

Nel caso concreto, la procedura di diffida per i premi LAMal e LCA dovuti non si è svolta separatamente, né tanto meno con due bollettini di versamento distinti. Abbiamo reso attento l'assicuratore di questo aspetto. Quest'ultimo sosteneva che era sufficiente che i premi LAMal e LCA sollecitati fossero indicati in modo chiaro e separato.

Anche volendo seguire l'argomentazione dell'assicuratore, siamo comunque dell'avviso che non è ammissibile allegare alla diffida un solo bollettino di pagamento, già compilato con l'importo totale rivendicato. Un tale procedere impedisce al debitore, che si trova temporaneamente in una precaria situazione finanziaria, di scegliere quale debito egli desideri saldare per primo, quando non è in grado di pagare l'importo totale in una sola volta. Questo rappresenta per lui un serio svantaggio. Può darsi, per esempio, che egli voglia dapprima pagare i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, considerata una sua malattia cronica esistente, per non essere inserito nell'elenco degli assicurati in mora con i pagamenti (lista nera degli assicurati in mora) del Cantone di domicilio, nel caso in cui viva in un Cantone che tiene un tale elenco. È ugualmente possibile che l'assicurato voglia pagare prima i premi delle assicurazioni complementari secondo la LCA, ad esempio per non perdere le assicurazioni dentarie dei suoi figli (compresa la copertura dei trattamenti ortodontistici).

Non si tratta solo della questione legata all'impossibilità di scelta per il debitore ma anche della procedura successiva di riscossione, che dovrebbe in ogni caso essere effettuata separatamente, considerato che i premi LAMal sottostanno al diritto pubblico e i premi LCA al diritto privato. Una differenza considerevole deriva dal fatto che in materia di riscossione dei premi LAMal, l'opposizione del debitore può essere rigettata dall'assicuratore con una decisione. Il debitore può impugnare questa decisione mediante la via dell'opposizione nel termine di 30 giorni. Se le censure del debitore non convincono l'assicuratore, esso deve rendere una decisione su opposizione contro la quale il debitore può interporre un ricorso, sempre nel termine di 30 giorni, al tribunale cantonale competente, per evitare che la decisione diventi definitiva e che la procedura esecutiva prosegua.

In materia di assicurazioni complementari secondo la LCA, l'assicuratore non può pronunciare il rigetto dell'opposizione mediante decisione, ma deve adire il tribunale competente con un'istanza formale di rigetto dell'opposizione.

Visto quanto precede, vi sono validi motivi, in ambito di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, di inviare la diffida in caso di mancato pagamento dei premi e della partecipazione ai costi separatamente da quella per eventuali altri ritardi nei pagamenti, così come previsto, a giusto titolo, dall'art. 105b cpv. 1 OAMal.

2° punto:

La diffida riprodotta sopra non è solo censurabile in relazione all'art. 105b cpv. 1 OAMal, ma anche in considerazione delle norme legali e delle condizioni generali d'assicurazione applicabili, figuranti sul retro del documento (e della domanda di pagamento successiva). La mediatrice ha già più volte attirato l'attenzione dell'assicuratore sul fatto che un semplice elenco di norme non è sufficiente a soddisfare le esigenze della giurisprudenza federale. Essendo gli assicurati profani sul piano giuridico, essi sono completamente sopraffatti da un tale procedere.

Alla voce "importo dovuto ai sensi della LAMal", l'assicuratore ha segnatamente indicato, sotto le disposizioni menzionate, a partire da quale momento il premio è esigibile, che l'assicurato può essere oggetto di procedura esecutiva, che il creditore ha diritto a interessi moratori del 5 % e al rimborso di spese amministrative e che il Cantone può esigere dall'assicuratore malattie che segnali all'autorità competente i debitori oggetto di procedure esecutive. Tra queste disposizioni è stata ancora riprodotta una norma concernente gli assicurati domiciliati in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia. Vi è poi, tra l'altro, la menzione che in caso di mancato pagamento dei premi e della partecipazione ai costi, l'assicuratore malattie ha un diritto autonomo alla sospensione delle prestazioni, ciò che non è tuttavia più valido per la Svizzera dal 1° gennaio 2012.

Non si menziona per nulla che un cambiamento di cassa non è più possibile in presenza di crediti aventi fatto oggetto di diffida, se gli importi non ancora versati non sono pagati prima dello scadere del termine di pagamento. L'assicurato non è

nemmeno informato che se vive in un Cantone provvisto di lista nera dei debitori morosi (attualmente si tratta dei cantoni AG, GR, LU, SH, SG, TI, TG e ZG) e che non fa fronte al suo obbligo di pagamento, egli può essere inserito in tale lista, con la conseguenza che potrà beneficiare unicamente delle prestazioni in caso di urgenza medica. Questo può condurre a problemi seri nel caso concreto, quando l'assicuratore è dell'avviso che la situazione non presenti alcuna urgenza. Nel Cantone di San Gallo, per esempio, una donna a fine gravidanza, che figurava nella lista dei pagatori in mora, non ha potuto beneficiare di una garanzia di presa a carico del suo parto all'arrivo all'ospedale, in quanto, secondo il suo assicuratore malattie, si trattava di un caso particolare di trattamento pianificato in degenza e di conseguenza non di una situazione d'urgenza. Il tribunale cantonale adito ha considerato che la nozione d'urgenza medica pretesa dall'assicuratore malattie era troppo restrittiva. Si trattava semmai di riconoscere l'esistenza di un trattamento da considerare di medicina d'urgenza ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal, in cui il personale medico ha un dovere di assistenza. La degenza in ospedale in previsione del parto era indispensabile al momento dell'arrivo in ospedale e non poteva essere differita, e pertanto il tribunale ha ammesso l'urgenza medica nel caso in rassegna (cfr. decisione del Tribunale delle assicurazioni del Cantone San Gallo del 26 aprile 2018, KSCHG 2017/5).

Alla voce " importo dovuto secondo la LCA ", l'assicuratore ha parzialmente riprodotto gli art. 20 e 21 LCA. Tuttavia può essere difficile per un profano comprendere le conseguenze alle quali incorre in caso di mancato pagamento dei premi. Ai suoi occhi non è certamente evidente che la sospensione dell'obbligo dell'assicuratore di versare prestazioni, allo spirare del termine legale di 14 giorni menzionato all'art. 20 cpv. 3 LCA, ha come effetto quello di perdere la copertura assicurativa, che non può essere ripristinata retroattivamente dopo aver pagato tutti i suoi debiti. Questo è unicamente il caso nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, a condizione però che la prestesa creditoria non sia perentoria. Di regola l'assicurato ignora anche che le malattie diagnosticate per la prima volta durante la sospensione dell'obbligo dell'assicuratore non saranno più coperte in futuro dalla sua assicurazione complementare secondo la LCA. Inoltre non gli sarà più possibile concludere un nuovo contratto d'assicurazione con un'altra cassa malati per questa nuova malattia diagnosticata, nella misura in cui i disturbi preesistenti non sono più assicurabili (art. 9 LCA).

Dal punto di vista dell'assicurato, che ignora di solito la giurisprudenza determinante, non risulta nemmeno dall'art. 21 cpv. 1 LCA che l'assicuratore può riservarsi il diritto di rescindere il contratto allo scadere del termine legale di 14 giorni previsto all'art. 20 cpv. 1 LCA, rinunciando ai premi aventi fatto oggetto di diffida.

Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, considerate le conseguenze gravose sul piano economico, la diffida secondo l'art. 20 cpv. 1 LCA deve soddisfare le esigenze rigorose in materia di forma e di contenuto, al fine di garantire gli interessi del debitore in maniera appropriata (DTF 128 III 189 consid. 2d). **La diffida scritta** deve menzionare gli importi richiesti, come pure il termine di pagamento di 14 giorni (sentenza 5C.97/2005 del 15 settembre 2005 consid. 4.3). Prima di tutto, **essa deve indicare espressamente le conseguenze del mancato pagamento** nel termine di 14 giorni, affinché il debitore ne abbia piena

coscienza. **La comminatoria delle conseguenze del mancato pagamento deve essere esplicita, chiara e completa. Un semplice rinvio alle norme legali degli art. 20 e 21 LCA non è sufficiente.** A questo proposito la lettera di diffida deve menzionare tutte le conseguenze di un mancato pagamento, segnatamente non solo la sospensione dell'obbligazione dell'assicuratore secondo l'art. 20 cpv. 3 LCA ma anche il diritto dell'assicuratore di recedere dal contratto, rispettivamente la presunzione della rescissione conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA (DTF 128 III 186 consid. 2; confermata ultimamente dalla DTF 138 III 2).

In risposta alle critiche formulate dall'Ufficio di mediazione, secondo cui, da un punto di vista formale, la diffida o la domanda di pagamento successiva non avevano informato l'assicurato in maniera esplicita, chiara e completa sulle conseguenze di un mancato pagamento ai sensi degli art. 20 e 21 LCA, l'assicuratore ha per contro dichiarato che aveva adempiuto al suo dovere di fornire informazioni non solo perché si era riferito alle disposizioni legali ma anche perché le aveva riprodotte letteralmente sul retro della diffida e della domanda successiva di pagamento.

3° punto:

Infine, l'Ufficio di mediazione ha informato l'assicuratore malattie che aveva promosso una procedura esecutiva nei confronti del contraente per i premi arretrati più di due mesi dopo lo scadere del termine di diffida di 14 giorni. In questa fattispecie, il legislatore parte dal principio che l'assicuratore malattie aveva rescisso dal contratto e rinunciato ai premi oggetto della diffida (si parla di presunzione di rescissione secondo l'art. 21 cpv. 1 LCA). Tale disposizione non ha impedito all'assicuratore malattie di richiedere il pagamento dei premi successivi e di iniziare procedure esecutive, anche se non esisteva più alcun contratto d'assicurazione secondo la LCA.

Grazie al nostro intervento, l'assicuratore malattie ha rescisso immediatamente i contratti d'assicurazione complementare con effetto retroattivo.

In conclusione:

Una comminatoria esplicita, chiara e completa delle conseguenze di un mancato pagamento potrebbe essere formulata, per esempio, in questi termini:

Nell'ambito dell'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal:

- Gli assicurati, che sono stati diffidati in forma scritta entro il 30 novembre, non possono cambiare la cassa malati, se non hanno pagato prima del termine di disdetta tutti i loro debiti (compresi gli attestati di carenza di beni).
- Gli assicurati, i quali abitano nei Cantoni che hanno la lista degli assicurati in mora con i pagamenti, rischiano di essere inseriti in tale lista se non hanno fatto fronte al loro obbligo di pagamento nemmeno dopo una diffida in forma scritta. Quale conseguenza si ha che l'assicuratore malattia interviene solo per i trattamenti urgenti.

- Gli assicurati devono pagare le spese di diffida e quelle esecutive, che non vi sarebbero state in caso di pagamento tempestivo, a condizione che queste clausole siano indicate nelle condizioni generali d'assicurazione.

Nell'ambito delle assicurazioni complementari secondo la LCA:

- Gli assicurati che, nonostante una diffida in forma scritta, non pagano entro il termine supplementare di 14 giorni, decorso tale termine non beneficiano più della copertura assicurativa.
- Decorso infruttuoso il termine di pagamento, entro due mesi l'assicuratore malattia può procedere giuridicamente per l'incasso degli importi scoperti.
- In caso di pagamento, la copertura assicurativa è ripristinata ma solo a far tempo dal momento del pagamento. Ciò significa che l'assicurato è privo della copertura assicurativa (cosiddetta lacuna nella copertura assicurativa) per tutti i trattamenti correlati ad affezioni già esistenti prima della procedura di diffida, cui è stato sottoposto nel periodo tra il decorso del termine di diffida di 14 giorni e il pagamento effettuato. Inoltre, per il futuro, egli perde per sempre il diritto a prestazioni assicurative per tutte le nuove malattie che gli sono state diagnosticate in questo intervallo di tempo (cosiddetta esclusione della copertura).
- Se entro due mesi dal termine del periodo di diffida di 14 giorni l'assicurato non paga e l'assicuratore non inizia la procedura esecutiva e nemmeno gli dà disdetta, allora si deve dedurre che l'assicuratore rinuncia al pagamento dei premi arretrati e rescinde il contratto (cosiddetta presunzione di rescissione).
- Gli assicurati devono pagare le spese di diffida e di esecuzione, che non sarebbero sorte se il pagamento fosse stato tempestivo, a condizione che il contratto assicurativo prosegua.

8 Dalla prassi dei casi con riferimento all'estero

Il nostro Ufficio di mediazione è sempre più confrontato con casi vieppiù impegnativi, perché la materia è complessa e nessuno si ritiene competente per il coordinamento tra le varie parti interessate. Il problema deve in seguito essere approfondito nell'ambito della pretesa per la riduzione individuale dei premi per i frontalieri che vengono in Svizzera e per i pensionati con domicilio in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia.

8.1 Diritto alla riduzione individuale dei premi

Caso 9

L'assicurata abita in Francia ed è assicurata in Svizzera all'assicurazione malattie obbligatoria. All'inizio era un membro della famiglia, senza attività lavorativa, di uno svizzero beneficiario di una rendita d'invalidità dell'AI. La coppia sposata ottenne dall'Istituzione comune LAMal di Soletta una diminuzione dei premi. Poiché l'assicurata non aveva notificato all'Istituzione comune che aveva iniziato un'attività lucrativa di portata ridotta nel Cantone X. (circa il 10%-15% di un tempo pieno), quando l'Istituzione comune se ne accorse richiese dall'assicuratore malattia il riversamento dell'importo di circa fr. 12'000.-. L'Istituzione comune LAMal fa segnatamente valere che dall'inizio dell'impiego il Cantone X avrebbe dovuto essere competente per la riduzione individuale dei premi. L'assicuratore malattia a sua volta richiese questo importo all'assicurata, che ora non sa come debba retrocederlo. L'assicurata aveva fatto valere il suo diritto alla riduzione del premio solo nei confronti dell'Istituzione comune LAMal e non nei confronti del Cantone X., competente da quando essa aveva iniziato una modesta attività lucrativa in Svizzera. Il Cantone le ha però comunicato che non avrebbe pagato retroattivamente per la riduzione dei premi.

Dal nostro esame è emerso che:

Conformemente all'art. 65a lett. a LAMal, i Cantoni concedono riduzioni dei premi agli assicurati frontalieri e ai loro familiari di condizioni economiche modeste, che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia. Hanno lo stesso diritto anche gli assicurati e i loro familiari in condizioni economiche modeste, che vivono in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia e che percepiscono rendite dalla Svizzera (cfr. art. 66a LAMal). Per questi è competente la Confederazione, che ha delegato il compito all'Istituzione comune LAMal in conformità dell'art. 18 cpv. 2 quinquies LAMal. Nell'art. 106a cpv. 2 OAMal ai Cantoni viene indicato che, all'atto di verificare le modeste condizioni economiche degli assicurati residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia, non si possono prendere in considerazione il reddito e la sostanza netta dei familiari assoggettati alla procedura ai sensi dell'art. 66a LAMal. Per la procedura federale valgono le norme dell'Ordinanza sulla riduzione dei premi nell'assicurazione malattie per beneficiari di rendite residenti in uno Stato membro della Comunità europea, in Islanda o in Norvegia (= ORPMCE ; *vedi foro interno sopra*).

In conformità all'art. 10 cpv. 2 ORPMCE i beneficiari di rendite hanno l'obbligo di informare immediatamente l'Istituzione comune su ogni mutamento della

situazione familiare, su ogni cambiamento di Paese di residenza e su ogni modifica duratura delle condizioni economiche.

Poiché il rimborso richiesto dall'assicuratore malattie costituiva un impegno troppo gravoso per l'assicurata – che ha di per sé un diritto indiscusso e ininterrotto a una riduzione dei premi, che varia unicamente per l'importo – l'Ufficio di mediazione è intervenuto affinché le si condonasse il rimborso, tanto più che la descrizione del mutamento durevole delle condizioni economiche secondo l'art. 10 cpv. 2 ORPMCE non appariva chiaro nel caso concreto. Infatti l'assicurata esercitava un'attività saltuaria (per così dire su chiamata e solo per poche ore). In media riusciva a percepire una retribuzione di circa fr. 500.- al mese.

Dopo che il Cantone X., competente in materia, aveva dichiarato che in virtù del diritto cantonale applicabile non era possibile concedere una riduzione dei premi con effetto retroattivo, e dopo che una domanda di esenzione dal rimborso era stata respinta dall'Istituzione comune LAMal, l'Ufficio di mediazione ha chiesto una presa di posizione all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) quale Autorità di vigilanza.

L'Ufficio federale ci ha comunicato che l'inizio di un'attività lucrativa, a prescindere dall'entità anche minima della stessa, deve essere in ogni caso annunciato, perché è suscettibile di determinare un mutamento durevole dei rapporti finanziari. La decisione dell'Istituzione comune di respingere la domanda di condono del rimborso è pertanto corretta. L'ordinanza applicabile alla procedura federale (ORPMCE) non contempla norme riferite al condono.

Benché l'assicurata – nonostante la sua attività lucrativa di portata ridotta – avesse avuto ancora diritto a una riduzione individuale dei premi, questo diritto le fu negato perché la sua domanda era stata formulata tempestivamente a un'autorità non competente, e tardivamente all'autorità competente (sic!).

L'Ufficio di mediazione ha fatto presente questa singolare circostanza a tutte le autorità entranti in linea di conto, ma senza successo. Sebbene nei vari scritti questo Ufficio di mediazione avesse espressamente ricordato le componenti legali e di politica sociale della riduzione dei premi, le autorità richieste non hanno preso posizione sulla circostanza che la LAMal non solo vuole espressamente una riduzione dei premi, ma anche che l'assicurata ne avesse indiscutibilmente diritto sulla base delle sue precarie condizioni reddituali e di sostanza. Siamo riusciti solo a ottenere che l'assicurata rimborsasse a rate all'assicuratore malattie.

8.2 Diritto d'opzione

Caso 10

L'assicurata ha lasciato la Svizzera alla fine di settembre 2017 e da allora è domiciliata in Francia. Essa ha indicato all'Ufficio di mediazione che percepisce una rendita AVS dalla Svizzera e un contributo per adulti disabili (cosiddetto "allocations aux adultes handicapés") dalla Francia, suo Stato di residenza. Sebbene da metà novembre 2017 sia assicurata in Francia per le malattie, la sua cassa malati svizzera si rifiuta di annullare la sua polizza. L'assicurata non è

d'accordo sulla prosecuzione della sua assicurazione malattie obbligatoria secondo la LAMal e ha richiesto l'aiuto dell'Ufficio di mediazione.

Secondo i nostri accertamenti, l'autorità federale competente aveva comunicato in forma scritta all'assicurata che, conformemente all'art. 23 del Regolamento (CE) n. 883/2004 del 29 aprile 2004 del Parlamento e del Consiglio europeo per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, essa non era più sottoposta all'obbligo assicurativo in Svizzera. L'autorità svizzera aveva erroneamente ritenuto che il contributo per adulti disabili attribuito all'assicurata in Francia costituisse una specie di rendita che, unitamente al domicilio francese, avesse per effetto di fondare in Francia un obbligo assicurativo. In effetti questo contributo è considerato, in conformità all'allegato X del Regolamento (CE) n. 883/2004, una prestazione speciale in denaro indipendente dai contributi versati. Per l'art. 70 cpv. 3 del Regolamento (CE) n. 883/2004, tutti i capitoli del titolo III non valgono per le prestazioni elencate nell'allegato X. Ne consegue l'inapplicabilità dell'art. 23 del Regolamento (CE) n. 883/2004 nel caso in esame, e pertanto l'assicurata continua ad essere assicurata per le malattie in Svizzera. Su nostra istanza, l'autorità federale ha quindi corretto la sua decisione e provveduto affinché l'assicurata potesse esercitare retroattivamente il suo diritto d'opzione.

L'assicurata si è in seguito determinata per il sistema assicurativo malattie in Francia e qui è assicurata dal 1° ottobre 2017. Su nostro intervento, la cassa malati svizzera ha rescisso il contratto assicurativo retroattivamente per il 30 settembre 2017.

Lucerna, 16 aprile 2019

Morena Hostettler Socha, mediatrice

Fondazione Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie

Consiglio di fondazione (stato al 31.12.18):

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 31.12.18):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Mediatrice , lic. iur., avvocato
SCHMUTZ Thomas	Sostituto della mediatrice , Fürsprecher (avvocato bernese)
BRECHBÜHL Eliane	Dipl. perito in ass. malattie
BUCHER Silvia	PD, Dr. iur., 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