

# **Ufficio di mediazione**

***dell'assicurazione malattie***

**Rapporto annuale '19**

## Premessa della mediatrice



La mediatrice ed 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 2019. 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 le persone tenute ad assicurarsi e il cambiamento di cassa malati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, la prestazione obbligatoria in caso di lesione ai denti conseguente a infortunio, l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LAMal, la riduzione individuale dei premi, i problemi in relazione alla procedura di diffida in ambito delle assicurazioni complementari e di indennità giornaliera, le modifiche del contratto richieste dalla persona assicurata e le loro conseguenze, come pure i casi con riferimento all'estero.

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

Per concludere desidero ringraziare 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

Lucerna, 16 aprile 2019

## **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 Persone tenute ad assicurarsi**
  - 5.2 Cambiamento di cassa malati**
  - 5.3 Prestazione obbligatoria in caso di lesione ai denti conseguente a infortunio**
  - 5.4 Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal**
  - 5.5 Riduzione individuale dei premi**
- 6 Dalla prassi delle assicurazioni complementari secondo la LCA**
  - 6.1 La procedura di diffida ai sensi degli art. 20 e 21 LCA**
  - 6.2 Conseguenze della procedura di diffida in ambito d'indennità giornaliera**
  - 6.3 Domanda della persona assicurata di modifica del contratto**
- 7 Dalla prassi dei casi con riferimento all'estero**

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

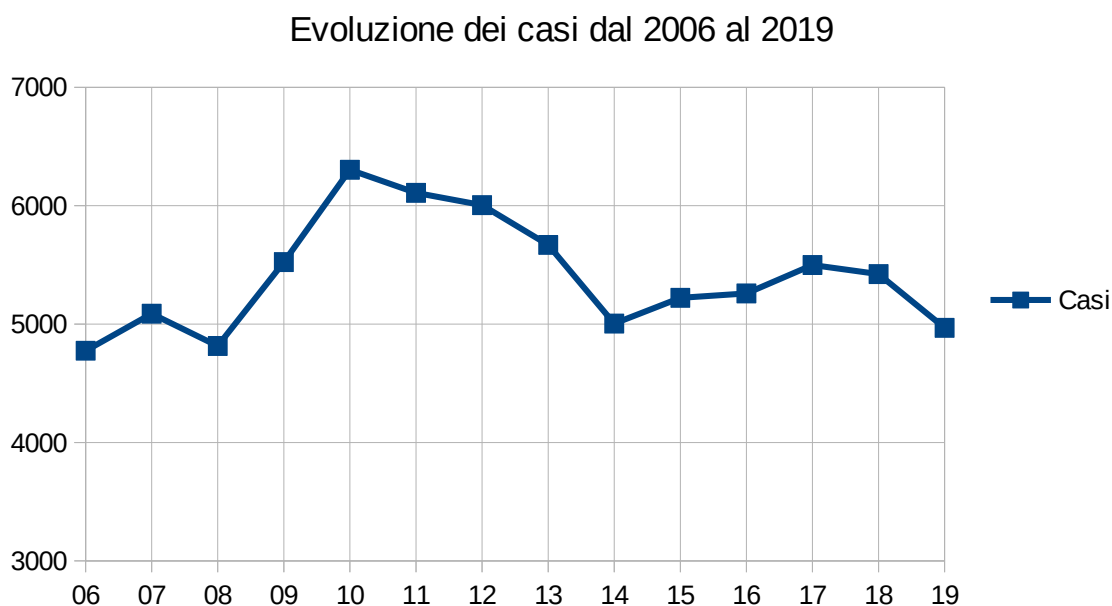
## 1 Ufficio

Nel 2019 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 sette collaboratrici con formazione giuridica (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid [fino al 31 maggio 2019], Lorena Tronto, Silvia Bucher, Susanne Müller Ineichen [dal 1° febbraio 2019]) e Caroline Maetzler [dal 1° luglio 2019]) e da due specialisti in assicurazione malattia (Charles Lorétan e Eliane Brechbühl). Il 31 dicembre 2019 l'Ufficio disponeva di 7,4 posti di lavoro (dal 1° gennaio 2020 di 6,4).

## 2 Consiglio di fondazione

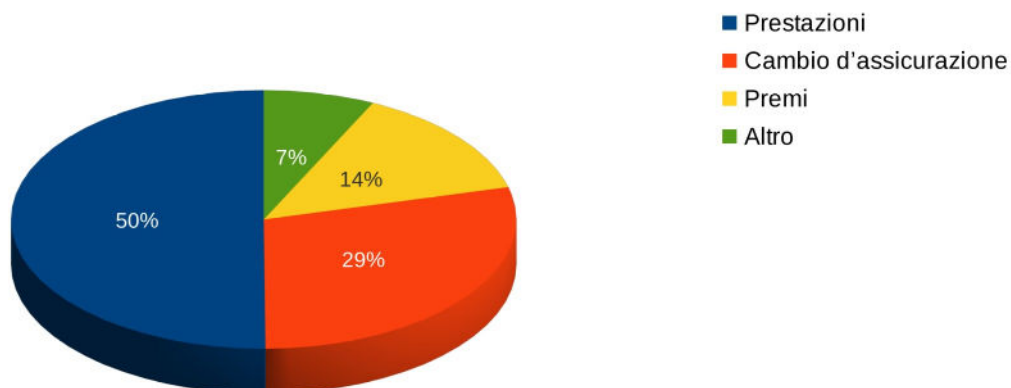
Il Consiglio di fondazione si è incontrato il 16 aprile 2019 per approvare il conto annuale 2018 così come il rapporto annuale 2018. Il 19 novembre 2019 si è riunito per discutere il budget 2020 e la gestione in corso dell'Ufficio di mediazione.

## 3 Cifre



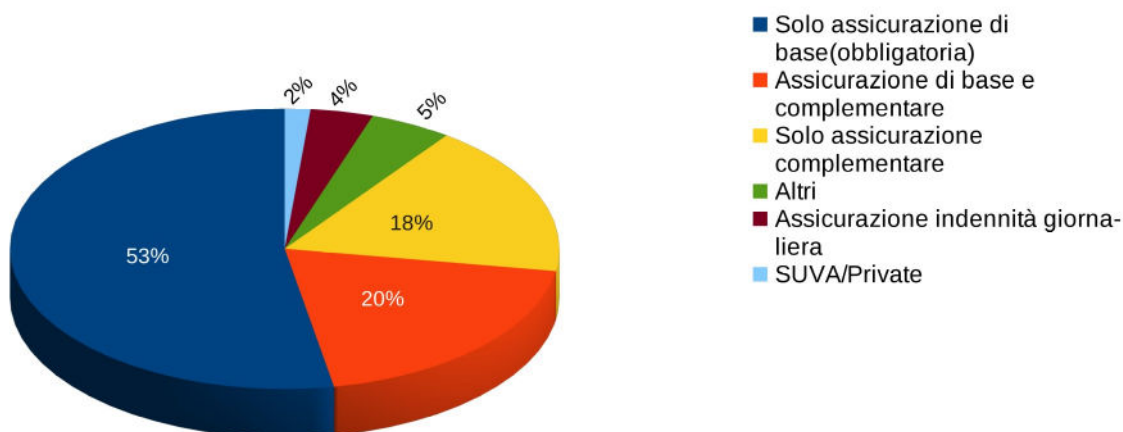
### 3.1 Entrate per materia

Nel 2019, anno di riferimento del presente rapporto, l'Ufficio di mediazione si è visto confrontato con 4968 entrate (2018: 5422), che rappresenta una diminuzione di 454 casi rispetto all'anno precedente. La ripartizione delle entrate per materia si presenta come segue: 2409 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2018: 2770), 1390 nell'ambito della conclusione o del cambiamento di assicurazione (2018: 1671) e 666 riguardanti i premi/contributi (2018: 659). I restanti 342 casi concernevano richieste di natura generale (2018: 322).

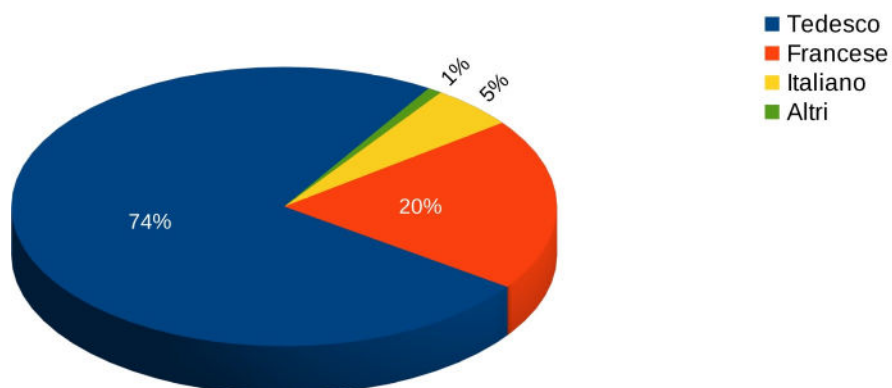


### 3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

2626 casi riguardavano unicamente l'assicurazione di base (2018: 2696), 870 solo l'assicurazione complementare (2018: 1170) e 972 casi in ambedue branche di assicurazione (2018: 1021). In 183 casi le richieste riguardavano l'assicurazione indennità giornaliera (2018: 193). In 75 casi dovevamo mandare gli assicurati presso l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2018: 72). Le restanti 242 entrate concernevano questioni di natura generale, in parte non in relazione con l'assicurazione malattia (2018: 270).

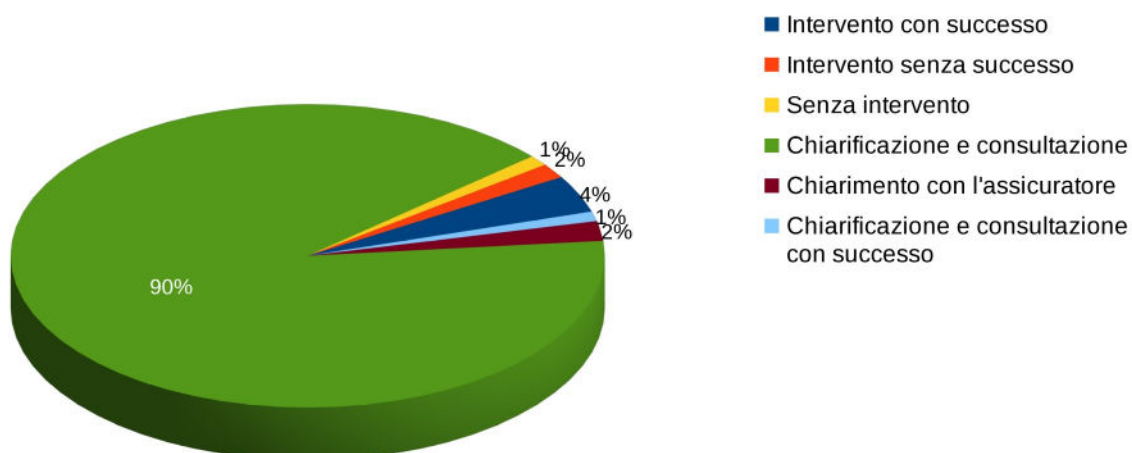


### 3.3 Entrate per lingua



3683 entrate sono state presentate in tedesco (2018: 4067), 994 in francese (2018: 1087) e 249 in italiano (2018: 235). In altre lingue (soprattutto in inglese) 42 (2018: 33).

### 3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione



In 4403 casi (risp. 88-89%) 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 (2018: 4717). In 270 casi in totale (ossia > 5%) l'Ufficio di mediazione è intervenuto con una proposta all'assicuratore malattia (2018: 322), che è stata accolta in 194 casi (2018: 249), ossia con una quota di successo di quasi il 72%. In 55 casi (= 1,1%), l'Ufficio di mediazione non è intervenuto (2018: 194), nel senso che non è stata formulata alcuna proposta particolare all'assicuratore. In 102 casi (= 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 (2018: 120). In 51 casi (= 1%) abbiamo potuto spiegare la situazione giuridica agli assicurati, che hanno così potuto loro stessi liquidare con successo il loro contrasto con l'assicuratore malattia (2018: 69).

### **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), vi è stato in seguito un aumento costante fino al 2017. Dal 2018 abbiamo registrato una tendenza al calo del numero dei casi. I motivi per questo calo sono molteplici. Da una parte, i premi sono aumentati in maniera moderata nell'anno di riferimento – contrariamente agli anni precedenti –, ciò che ha portato a meno cambiamenti di cassa malati. Dall'altra parte, abbiamo constatato che le casse malati esaminano più in dettaglio il lavoro eseguito dagli agenti d'assicurazione. Gli assicuratori sembrano prestare in generale più attenzione alla qualità della consultazione. I servizi di reclamo interno, di cui dispongono alcune casse malati, hanno pure ridotto sensibilmente la nostra mole di lavoro.

## 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. L'Ufficio di mediazione interviene nei confronti di un assicuratore malattia, inoltre, soltanto se il richiedente gli mette a disposizione i documenti necessari, premesso che quest'ultimo sia in grado di procurarli.

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 interve-

nire 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](http://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. I servizi del mediatore vanno fondamentalmente 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 malati vengono effettuati in forma scritta. Se la questione è urgente gli assicuratori malattia vengono interpellati per telefono o per posta elettronica. 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 malattie.

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

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

## **5 Dalla prassi dell'ass. malattia obbligatoria secondo la LAMal**

### **5.1 Persone tenute ad assicurarsi**

Ogni persona domiciliata in Svizzera o che vi esercita un'attività professionale è tenuta a concludere un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Se la persona lascia il Paese o cessa l'attività esercitata in Svizzera, ciò non significa che essa non è più sottoposta al regime svizzero d'assicurazione malattie obbligatorie, come lo dimostrano i casi seguenti:

#### **Caso 1**

Un assicurato ha notificato la sua partenza all'Ufficio controllo abitanti del suo domicilio in Svizzera e ha disdetto la sua assicurazione malattie. La disdetta era accompagnata da una conferma di partenza dell'Ufficio controllo abitanti. Quando poi l'interessato è ritornato in Svizzera un anno più tardi, la cassa malati gli ha fatturato retroattivamente tutti i premi per l'anno. L'assicurato vuole sapere se questo è legale.

I nostri accertamenti hanno rilevato che l'assicurato aveva intrapreso un viaggio attorno al mondo. Durante tutto il periodo del viaggio, egli non si era costituito un nuovo domicilio. Conformemente all'art. 3 cpv. 1 LAMal in relazione con l'art. 1 cpv. 1 OAMal, la legislazione in materia di assicurazione malattie rinvia agli art. 23 segg. del Codice civile svizzero (CC) per la determinazione del luogo di domicilio. Secondo l'art. 24 cpv. 1 CC, il domicilio di una persona, stabilito che sia, continua a sussistere fino a che essa non ne abbia acquistato un altro. La rivendicazione della cassa malati è pertanto giuridicamente imperativa, considerato che l'assicurato non ha trasferito il suo domicilio all'estero.

#### **Caso 2**

Una coppia di cittadini greci aveva lavorato in Svizzera per decenni. Quando il marito ha raggiunto l'età pensionabile, sono rientrati entrambi nel loro paese d'origine. Il titolare della rendita ne percepiva una dalla Svizzera come pure una rendita minima dalla Grecia. Considerato che i pensionati che percepiscono una rendita dallo Stato di residenza sono sottoposti all'assicurazione obbligatoria dello Stato di residenza (art. 23 del Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale [di seguito citato Regolamento n. 883/2004]; cfr. Allegato II all'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone, dove è fatto riferimento alla coordinazione in materia d'assicurazione malattie e dove, in relazione al diritto applicabile, è fatto rinvio al Regolamento (CE) n. 883/2004), il marito era tenuto all'obbligo assicurativo in Grecia. Sua moglie, quale membro della famiglia senza attività lucrativa, ha dovuto seguirlo nel regime dell'assicurazione greca.

Dopo sette anni la moglie ha raggiunto anche lei l'età pensionabile secondo la LAVS e ha potuto rivendicare il suo diritto a una rendita svizzera. Al contrario di suo marito, essa non aveva mai esercitato un'attività lucrativa in Grecia e pertanto non aveva alcun diritto a una rendita greca. Considerato che la regolamentazione in materia di coordinazione dei sistemi di sicurezza sociale si basa sul principio dell'assoggettamento nel luogo di lavoro e nella misura in cui la rendita della moglie era versata dalla Svizzera, essa era soggetta all'assicurazione obbligatoria in Svizzera a far tempo dal raggiungimento dell'età pensionabile. Essa ignorava ciò e la Cassa svizzera di compensazione CSC di Ginevra non l'aveva informata a tal proposito, ritenendo di non essere competente per fornire tali informazioni. L'istituto comune LAMal che, in ogni caso, sarebbe competente, non è generalmente a conoscenza di chi si è annunciato presso la CSC per l'assegnazione di una rendita. La CSC non ha seguito il suggerimento dell'Ufficio di mediazione d'informare i richiedenti provenienti dall'UE mediante un avviso o di indirizzarli all'istituto comune LAMal.

### **Caso 3**

Succede spesso che alcuni assicurati ci contattano dopo che la loro cassa malati li ha informati che non possono essere affiliati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie fino a quando non hanno ottenuto il permesso di soggiorno. Nella misura in cui tale permesso è spesso rilasciato dopo la scadenza del termine d'annuncio di tre mesi dal momento in cui hanno preso domicilio, gli assicurati devono pagare un supplemento di premio in considerazione dell'affiliazione tardiva nel momento in cui il permesso è infine concesso.

Una cittadina rumena si è rivolta all'Ufficio di mediazione per questo problema. Essa ha affermato che aveva soggiornato in Svizzera dall'inizio del mese di febbraio 2019 in vista del suo matrimonio. Conformemente a uno scritto dell'Ufficio dello stato civile, l'esame dei documenti per la procedura di preparazione al matrimonio era terminato a metà febbraio 2019. Quando la cittadina europea aveva voluto notificarsi al Comune, le era stato indicato che non era necessario annunciarsi durante i tre mesi successivi al suo arrivo. La cassa malati, presso la quale essa aveva domandato l'affiliazione, si era limitata ad accusarne ricezione e a comunicarle che la domanda poteva essere trattata solo dopo ricezione della conferma dell'iscrizione nel Comune e di una copia del permesso di soggiorno. Dalla fine del mese di febbraio 2019 la donna, a causa di complicazioni legate a una gravidanza, era stata ospedalizzata. La cassa malati ha risposto alla domanda di presa a carico dei costi dell'ospedale che era necessaria la conferma dell'iscrizione del Comune al momento dell'arrivo in Svizzera.

In tale contesto, la donna ha domandato il nostro sostegno.

Secondo noi, si può partire dal principio che una persona che ha traslocato in Svizzera in vista di un matrimonio ha trasferito tanto la sua residenza in Svizzera nel senso del diritto europeo (art. 1 lett. j del Regolamento (CE) n. 883/2004) quanto il suo domicilio nel senso dell'art. 23 cpv. 1 CC. Ne consegue che la donna abita in Svizzera dall'inizio del mese di febbraio 2019.

Conformemente all'art. 11 cpv. 3 lett. a del Regolamento (CE) n. 883/2004, la donna che non esercita attività lucrativa in Svizzera soggiace alla legislazione dello Stato di residenza così come previsto dal diritto svizzero delle assicurazioni sociali. Secondo l'art. 3 cpv. 1 LAMal in relazione con l'art. 1 cpv. 1 LAMal, essa soggiace all'obbligo di assicurazione malattie in Svizzera in considerazione del suo domicilio svizzero. Di conseguenza, l'interessata aveva correttamente domandato, all'inizio del mese di febbraio 2019, alla cassa malattia la sua affiliazione dal 1° febbraio 2019, ovvero nel termine dei tre mesi previsti a tal riguardo (art. 3 cpv. 1 LAMal).

Siamo dell'opinione che non sia ammissibile far dipendere l'affiliazione a una cassa malati dalla conferma dell'iscrizione al Comune alla data di arrivo. In effetti, in caso d'iscrizione tempestiva – come nel caso concreto – l'assicurazione inizia, in conformità all'art. 5 cpv. 1 LAMal al momento dell'acquisizione del domicilio in Svizzera, nel caso concreto inizio febbraio 2019. I casi particolari previsti all'art. 7 OAMal, per i quali si considera il momento dell'iscrizione all'Ufficio controllo abitanti, concernono persone senza domicilio, rispettivamente dimora, in Svizzera (come il caso evidente dell'art. 1 cpv. 2 OAMal; cfr. anche l'art. 5 cpv. 1 seconda frase LAMal in relazione con l'art. 3 cpv. 3 LAMal; cfr. DTF 125 V 76 consid. 3b pag, 80).

Visto quanto precede, abbiamo domandato alla cassa malati di affiliare la donna all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con effetto al 1° febbraio 2019, conformemente alla sua domanda. L'assicurazione malattie ha condiviso il nostro punto di vista e ha affiliato l'assicurata come desiderato. Essa ha pure precisato in tale occasione che il contesto non le era conosciuto, segnatamente l'imminente matrimonio, la conclusione della procedura di preparazione al matrimonio ecc. Per questo motivo essa non aveva potuto procedere in maniera differente.

## **5.2 Cambiamento di cassa malati**

Spesso accade che gli assicurati si lascino persuadere da broker assicurativi a cambiare la cassa malati per l'anno successivo, benché i nuovi premi non siano stati ancora stabiliti. Allorquando l'importo dei premi è conosciuto capita che l'assicurato si rende conto che i premi del nuovo assicuratore sono maggiori rispetto a quelli del precedente assicuratore. Egli desidera allora annullare l'assicurazione conclusa. Nel caso seguente l'assicurato è stato fortunato e ha potuto annullare il

cambiamento, per lo meno per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

#### **Caso 4**

L'assicurato aveva domandato già nell'agosto del 2018 la sua affiliazione all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Contemporaneamente egli aveva disdetto la sua assicurazione per la fine dell'anno 2018 e aveva consegnato i due documenti al broker assicurativo. Quando l'assicurato ha constatato che i premi della nuova cassa malati erano maggiori rispetto a quelli della cassa malati presso la quale era assicurato fino a quel momento, egli ha domandato a quest'ultima l'annullamento della disdetta. Il nuovo assicuratore non era però d'accordo, considerato che le condizioni per un cambiamento di cassa malati erano state adempiute e che una revoca della disdetta ai sensi dell'art. 9 del codice delle obbligazioni (CO) non era possibile nel regime delle assicurazioni sociali nel quale vi è pure l'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal. Noi abbiamo opposto gli argomenti seguenti, ovvero:

Un cambiamento di cassa malati interviene validamente quando l'insieme dei presupposti seguenti sono realizzati:

- La disdetta è pervenuta all'attuale assicuratore nel termine previsto;
- Il nuovo assicuratore ha ricevuto la domanda d'affiliazione del futuro assicurato;
- Il nuovo assicuratore ha comunicato a quello precedente che assicura ora l'interessato senza interruzione della protezione assicurativa (cosiddetta attestazione di nuova assicurazione ai sensi dell'art. 7 cpv. 5 LAMal );
- Il richiedente d'assicurazione ha onorato in tempo utile gli eventuali arretrati oggetto di un sollecito fino al mese precedente lo spirare del termine di disdetta.

Le nostre indagini hanno mostrato che l'avviso di disdetta firmato dall'assicurato all'inizio del mese di agosto 2018, trasmesso al broker assicurativo, non conteneva la data. La revoca della disdetta ai sensi dell'art. 9 CO era intervenuta all'inizio del mese di novembre 2018. Il broker assicurativo aveva datato la disdetta di proprio pugno e l'aveva trasmessa all'assicuratore malattie attuale a metà del mese di novembre 2018. Di conseguenza, quest'ultimo aveva dapprima avuto conoscenza della revoca della disdetta e in seguito solamente dell'avviso di disdetta. Ne consegue che la disdetta non aveva avuto luogo e, considerata la mancanza di tale presupposto, il cambiamento di cassa malati non poteva validamente intervenire. Abbiamo informato in tal senso il nuovo assicuratore.

Per quanto attiene all'applicazione dell'art. 9 CO al regime delle assicurazioni sociali, abbiamo fatto notare che la revoca di una dichiarazione era ugualmente applicabile nel diritto delle assicurazioni sociali. In effetti, nell'ambito dell'assicurazione infortuni, la quale è pure un'assicurazione sociale – come l'assicurazione malattie – il Tribunale federale ha applicato per analogia l'art. 9 CO (cfr. DTF 140 V 82). Questa norma è ugualmente applicabile a tutte le dichiarazioni di volontà soggette a ricezione, indipendentemente dal fatto che la dichiarazione sia stata formulata in ambito di diritto privato o, come nel caso concreto, in quello di diritto pubblico.

L'assicuratore malattie ha condiviso le nostre argomentazioni e ha annullato retroattivamente l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

### **5.3 Prestazione obbligatoria in caso di lesione ai denti conseguente infortunio**

Nel caso di incidenti dentali l'obbligo dell'assicuratore di erogare prestazioni è spesso controverso.

#### **Caso 5**

Un assicurato, rappresentato da un servizio di assistenza sociale, ci ha reso noto che era saltato da una finestra e si era, tra l'altro, rotto un dente. La sua cassa malati non ha riconosciuto il carattere d'infortunio dell'evento per il motivo che il presupposto del “pregiudizio dannoso non intenzionale” non era realizzato. Per questo motivo, essa ha rifiutato di assumere i costi del trattamento.

Conformemente all'art. 4 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), l'infortunio è definito come segue:

“È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte”.

Nel caso in cui uno dei menzionati presupposti non è realizzato, non è dato un infortunio nel senso della legge per il quale l'assicurazione malattie deve assumere i costi di cura conformemente all'art. 31 cpv. 2 LAMal.

Sulla base degli atti che ci sono stati trasmessi, l'assicurato era saltato da una finestra al terzo piano su un parco giochi. Abbiamo domandato alla cassa malati di controllare lo stato mentale dell'assicurato al momento del salto, prima di rifiutare l'assunzione dei costi di cura in considerazione dell'assenza del presupposto mancante dell'art. 4 LPGA.



In seguito la cassa malati ci ha informato che, conformemente ai suoi accertamenti, l'assicurato aveva consultato il servizio di pronto soccorso di una clinica psichiatrica la notte successiva all'infortunio. Durante una conversazione con il medico di picchetto è emerso che l'assicurato ha dichiarato che aveva litigato con la sua compagna, la quale l'aveva spinto nella tromba delle scale. Egli era così caduto dalle scale. Considerato che tale dichiarazione era intervenuta prima dell'affermazione, secondo cui egli sarebbe saltato dal terzo piano sul parco giochi, l'assicuratore è stato disposto a considerarla, ritenuto che si trattava di "dichiarazioni della prima ora", alle quali si accorda la preferenza nell'ambito dell'apprezzamento delle prove rispetto alle nuove spiegazioni che potrebbero, intenzionalmente o no, essere influenzate da considerazioni successive legate al diritto delle assicurazioni o d'altra natura.

In conclusione, la cassa malati ha accettato di assumere i costi del trattamento dentario conformemente all'art. 31 cpv. 2 LAMal.

#### **5.4 Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal**

Nell'assicurazione indennità giornaliera in caso di malattia, solo la perdita di guadagno per causa di malattia è assicurata e non la malattia in sé. L'assicurato deve pertanto provare che – quando era in buona salute – aveva diritto a un salario o a un'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione. Il diritto al salario può ugualmente risultare dal fatto che l'assicurato ha concluso un contratto di lavoro ma non ha potuto iniziarlo a causa di una malattia. Nel caso seguente, un'assicurata era sempre al servizio del suo datore di lavoro ma a causa di una nuova malattia non aveva potuto riprendere l'attività.

#### **Caso 6**

Dopo che l'Ufficio di mediazione aveva potuto risolvere con successo un primo caso relativo all'assicurazione d'indennità giornaliera, l'assicurata ci ha contattati nuovamente a causa di un altro problema alla sua salute. Essa ci ha comunicato che l'assicuratore d'indennità giornaliera si rifiutava di assumere il caso di malattia, perché nessuna perdita di guadagno era stata provata in considerazione della mancanza di pagamento di un salario malgrado il mantenimento del rapporto di lavoro. Per questo motivo esso doveva rifiutare il versamento di altre indennità giornaliera. L'assicurata ci domanda se tale agire è corretto da un punto di vista giuridico.

Non potevamo seguire la motivazione dell'assicuratore indennità giornaliera per giustificare tale rifiuto. In effetti, se l'assicurata non ha ricevuto il salario durante il periodo in questione, è solo perché l'obbligo del datore di lavoro di versare il salario era terminato prima della fine del rapporto di lavoro a causa del primo caso di

malattia. Se l'assicurata si fosse ripresa, essa avrebbe potuto riprendere il suo lavoro e percepire così un salario. Per questo motivo si doveva, secondo noi, riconoscere subito la perdita di guadagno dovuta alla malattia. Abbiamo pertanto informato a tal proposito l'assicuratore d'indennità giornaliera.

L'assicuratore d'indennità giornaliera ha accolto la nostra argomentazione e ha assunto il caso dell'assicurata per la nuova malattia, concedendo indennità giornaliera per una durata di tre mesi, dedotto il termine d'attesa di 30 giorni e compensando con la rendita d'invalidità nel frattempo riconosciuta.

## **5.5 Riduzione individuale dei premi**

Il nostro Ufficio di mediazione fornisce regolarmente informazioni ai professionisti (ad esempio avvocati, consulenti ecc.) quando ci contattano per un problema al di fuori del loro ambito di competenze. Il nostro regolamento di Fondazione ce lo consente. Per contro non siamo autorizzati a intervenire per loro sulle casse malati.

### **Caso 7**

Un consulente professionale ci ha chiesto se fosse possibile compensare un'eccedenza risultante da una riduzione individuale dei premi, di cui ha beneficiato un assicurato per premi già pagati in anticipo, con un atto di carenza di beni. La nostra risposta è stata la seguente :

Conformemente all'art. 65 cpv. 3 seconda frase LAMal, dopo aver determinato la cerchia dei beneficiari, i Cantoni devono vegliare affinché il versamento delle riduzioni di premio avvenga in modo che i beneficiari non debbano adempiere in anticipo il loro obbligo di pagare i premi.

Tuttavia, per diversi motivi, accade ancora spesso che i beneficiari debbano attendere molto tempo per ricevere le prestazioni alle quali hanno diritto. Chi non desidera generare nuovi debiti sotto forma di costi di richiamo e spese di esecuzione, che nessuno rimborserà successivamente, fa in modo di pagare i premi. Ci si impegna pure per realizzare economie per poter generare un'eccedenza.

Vi è pure esubero quando il premio è inferiore alla riduzione del premio concessa e il Cantone interessato non prevede una regolamentazione in virtù della quale l'eccedenza dovrebbe essere rimborsata.

Cosa succede con l'eccedenza in questione è regolamentato all'art. 106c cpv. 5 lett. a OAMal. Conformemente a tale disposizione, l'assicuratore versa all'assicurato la differenza entro 60 giorni, se i suoi crediti residui relativi ai premi per l'anno civile in corso e gli altri crediti scaduti relativi all'assicurazione obbligatoria delle

cure medico-sanitarie, per i quali non esiste un certificato di carenza di beni, sono inferiori alla riduzione dei premi accordata dal Cantone.

Ne consegue che il legislatore ha espressamente previsto che l'eccedenza non può essere compensata con un attestato di carenza di beni.

Il consulente professionale si è rivolto all'assicuratore malattie con questa argomentazione ottenendo ragione.

## **6 Dalla prassi delle ass. complementari secondo la LCA**

### **6.1 La procedura di diffida ai sensi degli art. 20 e 21 LCA**

Nell'ambito dell'assicurazione complementare secondo la LCA, abbiamo constatato che gli assicuratori, dopo aver formalmente diffidato la persona assicurata ad effettuare il pagamento dei premi scaduti nel senso dell'art. 20 LCA, procedono in via esecutiva per recuperare i loro crediti solo quando conformemente alla legge l'assicuratore malattia è già presunto essere receduto dal contratto (art. 21 cpv. 1 LCA; la cosiddetta finzione legale). Nel contempo, essi continuano a percepire i premi correnti, anche se i contratti d'assicurazione non sono più in vigore da molto tempo. Questo modo di procedere non è conforme al diritto.

#### **Caso 8**

Nel 2018, l'assicurato aveva pagato alla sua cassa malati tutti i premi dell'assicurazione obbligatoria e complementare, eccetto quello del mese di luglio 2018. Il 18 agosto 2018 – dopo un sollecito infruttuoso – la cassa gli ha indirizzato una diffida per il premio LCA del luglio 2018 con un termine di pagamento al 17 settembre 2018 e lo aveva avvertito delle conseguenze del ritardo. Per la parte del premio di luglio 2018 relativo alla LAMal la cassa aveva cominciato una procedura d'esecuzione nei confronti dell'assicurato nel dicembre 2018. La cassa non sembrava per contro avere promosso procedure esecutive o intentato un'azione per la parte di premio secondo la LCA.

L'8 febbraio 2019, l'assicurato si è procurato lenti correttive all'estero. La cassa malati ha dapprima versato all'assicurato un contributo di fr. 250.- ma ha in seguito rivendicato il rimborso di tale importo. Essa ha giustificato la sua domanda di rimborso invocando una lacuna nella copertura assicurativa al momento dell'acquisto delle lenti correttive. Dopo aver pagato il premio dell'assicurazione di base all'Ufficio esecuzioni nel marzo 2019, l'assicurato ha domandato alla cassa malati di chiedere la radiazione dell'iscrizione nel registro delle esecuzioni. La cassa malati l'ha allora informato per iscritto che ciò era possibile solo se avesse pagato il premio arretrato per l'assicurazione complementare del luglio 2018. L'assicurato ha in seguito pagato l'importo rivendicato, rivolgendosi però all'Ufficio di mediazione per sapere se il procedere della cassa malati fosse corretto.

Conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA, la legge presume che l'assicuratore sia receduto dal contratto e abbia rinunciato al pagamento del premio se non ha richiesto il premio arretrato entro due mesi dalla scadenza del termine di diffida dell'art. 20 LCA (nelle vie legali, ossia con una procedura esecutiva).

Nel caso concreto, i documenti lasciavano ipotizzare che la cassa malati non avesse rivendicato il premio arretrato del luglio 2018 in modo conforme alla legge nel termine sopra menzionato. Per questo motivo siamo partiti dal presupposto che il contratto d'assicurazione relativo alle assicurazioni complementari si fosse concluso allo scadere del termine di due mesi previsto dall'art. 21 cpv. 1 LCA. Tuttavia, considerato che l'assicurato aveva continuato a pagare i premi LCA e che la cassa malati li aveva anche accettati, noi abbiamo fatto valere presso l'assicuratore che si doveva considerare che, dopo lo scadere del primo contratto, un nuovo contratto d'assicurazione era stato concluso sulla base delle condizioni valide fino a quel momento. Siccome questo nuovo contratto non prevedeva una sospensione delle prestazioni, l'assicuratore era tenuto ad assumere i costi del supporto ottico e non avrebbe dovuto richiedere all'assicurato il rimborso dell'importo di fr. 250.-. Inoltre la cassa malati non avrebbe più potuto reclamare all'assicurato il premio di luglio 2018 e avrebbe dunque dovuto rimborsarlo.

L'assicuratore ha seguito la nostra argomentazione senza commento. Esso ha rinunciato al rimborso di fr. 250.- e ha restituito all'assicurato il premio di luglio 2018.

## **6.2 Conseguenze della procedura di diffida in ambito d'indennità giornaliera**

Nel caso 8 del rapporto annuale dell'anno scorso abbiamo evidenziato i problemi che possono risultare agli assicurati quando, nell'ambito di una procedura di diffida, l'assicuratore non li informa in maniera esplicita, chiara e completa sulle conseguenze cui si espongono in caso di mancato pagamento dei premi. Nel corso dell'anno 2019, questo problema e le sue conseguenze sono apparsi in maniera manifesta in un caso concernente l'assicurazione d'indennità giornaliera.

### **Caso 9**

L'assicurato aveva ripreso un vivaio che non era più redditizio e si è trovato in difficoltà finanziarie. Visto che non aveva pagato il premio annuale, l'assicuratore d'indennità giornaliera gli ha notificato un sollecito all'inizio del mese di marzo 2017, in cui vi era l'annotazione seguente:

“LCA 20 e 21: Se il premio non è pagato alla scadenza o durante il termine di grazia accordato nel contratto, il debitore deve essere invitato per iscritto, a sue spese e sotto la comminatoria delle conseguenze in caso di mancato pagamento, a provvedervi nei 14 giorni successivi alla data dell'invio della domanda di pagamento. Se la diffida di pagamento rimane infruttuosa, allora il dovere di prestazione dell'assicuratore è sospeso a partire dalla scadenza del termine di sollecito. Se il premio scaduto non è rivendicato in forma giuridica nei due mesi seguenti alla scadenza del termine previsto all'art. 20 della presente legge, l'assicuratore è reputato recedere dal contratto rinunciando al pagamento del premio scaduto”.

In seguito, l'assicurato ha effettuato un pagamento rateale del premio annuale di più di fr. 4'000.-. Il 1° ottobre 2017 aveva pagato il totale del premio, comprese le spese. Tuttavia nel frattempo egli è rimasto vittima di un burn-out, subendo un'incapacità lavorativa a far tempo dal 1° agosto 2017.

In risposta alla sua domanda di versamento delle indennità giornaliere, l'assicuratore d'indennità giornaliere ha comunicato all'assicurato che vi era stata un'interruzione di copertura assicurativa a far tempo dall'inizio aprile 2017 fino al pagamento integrale del premio annuale il 1° ottobre 2017. Considerato che la malattia era iniziata durante questo periodo, l'assicuratore non poteva accordare prestazioni anche oltre il 1° ottobre 2017. L'assicurato voleva sapere se la decisione dell'assicuratore fosse corretta.

**Preliminarmente, teniamo a sottolineare che molti assicurati non sanno che un accordo di pagamento rateale è senza effetto sulla sospensione della copertura assicurativa. Ciò vale del resto per tutte le assicurazioni complementari della LCA e non solo per l'assicurazione d'indennità giornaliere.**

La sospensione dell'obbligo di versare prestazioni in caso di mancato pagamento del premio nel termine di grazia stabilito nel sollecito significa in effetti che non vi è alcuna copertura assicurativa durante il periodo che corre fino all'eventuale pagamento tardivo del premio, come nel caso in rassegna. In altri termini, nessuna prestazione sarà versata per un'incapacità lavorativa causata da una malattia incorsa durante il periodo in questione, anche dopo il pagamento tardivo del premio. A tal riguardo, il parere dell'assicuratore d'indennità giornaliere è conforme alla regolamentazione legale.

Si pone unicamente la questione della precisione con la quale il sollecito (rispettivamente la diffida di pagamento) deve informare la persona assicurata sulle conseguenze del mancato pagamento tempestivo del premio, in particolare se l'assicuratore d'indennità giornaliere avesse dovuto spiegare in maniera più dettagliata l'informazione secondo cui "l'obbligo di prestazione dell'assicuratore è allora sospeso alla scadenza del termine di sollecito" (sollecito di inizio marzo, conformemente all'art. 20 cpv. 3 LCA).

Siamo del parere che l'assicurato debba essere informato in modo dettagliato a questo soggetto. Un sollecito che non chiarisce tale aspetto non soddisfa le prescrizioni del Tribunale federale, secondo cui la minaccia di conseguenze di un mancato pagamento deve essere formulata "in maniera esplicita, chiara e completa" affinché il debitore ne abbia pienamente coscienza (cfr. DTF 138 III 2 consid. 4.2 pag. 7). Il fatto che vi siano precisazioni sulla sospensione della copertura assicurativa nelle condizioni generali d'assicurazione non è sufficiente a nostro avviso (cfr. DTF 138 III 2 consid. 4.2 pag. 7, secondo cui un riferimento alle condizioni d'assicurazione non è sufficiente).

Abbiamo informato l'assicuratore d'indennità giornaliere e, nel caso concreto, abbiamo fatto valere che secondo noi non poteva esserci una sospensione giuridicamente valida delle prestazioni nel senso dell'art. 20 cpv. 3 LCA, in quanto il solleci-

to, rispettivamente la domanda di pagamento, previsto all'art. 20 cpv. 1 LCA non realizzava i presupposti richiesti (cfr. sentenza del Tribunale federale 4A\_134/2015 del 14 settembre 2015 consid. 3.3.3. in fine). In tale contesto, gli abbiamo chiesto di riesaminare il suo obbligo di versare indennità giornaliera per l'incapacità lavorativa segnalata a far tempo dal 1° agosto 2017.

L'assicuratore indennità giornaliera non è stato d'accordo e ce l'ha comunicato nei termini seguenti:

“Senza modifica della legge o della giurisprudenza del Tribunale federale, noi non cambieremo la nostra prassi in materia di sollecito”.

La mediazione è dunque fallita e la problematica che abbiamo sottoposto all'assicuratore continua a rimanere senza risposta.

### **6.3 Domanda della persona assicurata di modifica del contratto**

Quando gli assicurati desiderano modificare il contratto nell'ambito dell'assicurazione complementare rischiano di perdere non solo l'assicurazione complementare appena conclusa secondo la LCA a causa di una violazione del dovere di informare (reticenza) ma anche la loro precedente assicurazione. Per questo motivo l'Ufficio di mediazione raccomanda agli assicurati, nel caso di una domanda di modifica contrattuale, di accordarsi con i due assicuratori malattie che, in caso di eventuale reticenza, il contratto pregresso deve essere ripristinato automaticamente. Se l'assicuratore non è d'accordo, è preferibile astenersi dal modificare il contratto d'assicurazione.

#### **Caso 10**

Un'assicurata di 17 anni beneficiava dalla nascita di un'assicurazione complementare di degenza in ospedale in reparto semiprivato. Nel novembre 2017, suo padre ha inoltrato domanda per un'assicurazione con regime di degenza in ospedale in reparto privato, che è entrata in vigore dal 1° gennaio 2018. Qualche mese più tardi, l'assicurazione malattie ha informato l'assicurata che avrebbe rescisso il contratto a causa di reticenza. L'assicurata non aveva pertanto più nessuna assicurazione complementare di degenza in ospedale.

I genitori dell'assicurata si sono rivolti all'assicuratore malattie e hanno spiegato per quale motivo non era possibile dedurre che vi era stata una violazione del dovere di informare nel caso concreto. L'assicuratore malattie ha tuttavia mantenuto la sua decisione. I genitori non sono stati d'accordo e hanno chiesto il nostro aiuto.

L'esistenza o no dell'obbligo di informare non poteva essere stabilita in maniera incontestabile. Ciò non è rilevante nel caso di specie, considerato che la domanda

di aumentare la copertura assicurativa di degenza in ospedale da semiprivata a privata è una questione di modifica del contratto e non di conclusione di un nuovo contratto. In effetti, da un lato la domanda d'assicurazione era denominata "modifica del contratto" e, d'altro lato, l'assicurazione di degenza in ospedale in divisione semiprivata non era mai stata annullata. La dichiarazione riferita allo stato di salute concerneva pertanto solo la parte corrispondente all'aumento di copertura ma l'assicurazione degenza in ospedale in reparto semiprivato non era toccata dalla stessa. Come indicato dall'assicuratore malattie, se avesse conosciuto le circostanze che hanno condotto alla censura di reticenza, esso avrebbe respinto la domanda di assicurazione di degenza ospedaliera in reparto privato. Di conseguenza, l'assicurata avrebbe ancora una copertura dall'assicurazione degenza ospedaliera in reparto semiprivato. Secondo il nostro parere, la violazione dell'obbligo di informare era pertanto applicabile solo alla parte modificata del contratto.

L'assicuratore malattie ha rinviato nuovamente ai fatti all'origine della reticenza. Inoltre, esso ha sostenuto che la domanda d'assicurazione del novembre 2017 era stata inoltrata con l'idea di concludere un nuovo contratto assicurativo il 1° gennaio 2018, che avrebbe sostituito il contratto precedente.

Noi non volevamo più confrontarci con la questione dell'esistenza di una violazione del dovere d'informare, ma piuttosto orientare la mediazione contro il rifiuto di mantenere l'assicurazione complementare di degenza ospedaliera in reparto semiprivato. Per questo motivo, ci siamo riferiti alla giurisprudenza del Tribunale federale, secondo cui ci si deve basare sulla volontà concorde delle parti per differenziare una modifica contrattuale da un rinnovo del contratto (sentenza del Tribunale federale 5C\_252/2006 del 1° maggio 2007, DTF 132 III 264).

Noi abbiamo argomentato come segue: Nella domanda di assicurazione, la rubrica "modifica d'assicurazione" era stata selezionata anche se una sezione "nuova affiliazione" figurava ugualmente tra le scelte disponibili. L'assicurata, rispettivamente i suoi rappresentanti legali, potevano dunque in buona fede partire dal presupposto che la domanda costituiva una modifica d'assicurazione e non un nuovo contratto. Inoltre, il principio "in dubio contra stipulatorem" (il dubbio va contro l'autore del testo del contratto) si applica ugualmente nel caso di specie. Va sottolineato che i genitori non avevano disdetto il contratto d'assicurazione complementare di degenza ospedaliera in reparto semiprivato, né dato il consenso alla sua risoluzione. In tali circostanze, eravamo d'avviso che la dichiarazione relativa allo stato di salute e la risoluzione successiva per violazione dell'obbligo di informare erano applicabili solo alla questione dell'aumento di copertura, cosicché l'assicurazione complementare di degenza ospedaliera in reparto semi privato dell'assicurata doveva essere mantenuta.

L'assicuratore malattie non ha condiviso il nostro punto di vista e ha osservato che i cambiamenti delle assicurazioni di persone sono da considerare come rinnovi contrattuali, sia sul piano degli interessi degli assicurati che sul rischio assicurato, quando una nuova dichiarazione relativa allo stato di salute è compilata (cfr. Ste-



phan Furrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht 2011, n. 13.6). Secondo l'assicuratore la giurisprudenza e la dottrina consentono di concludere che, di regola, vi è un nuovo contratto quando la copertura aumenta e una nuova dichiarazione sullo stato di salute è compilata. Si sarebbe potuta ammettere una modifica contrattuale, se il rischio o la somma assicurata fossero limitati. Nel caso in rassegna, la responsabilità dell'assicuratore era estesa dal punto di vista qualitativo con la sottoscrizione di un'assicurazione di degenza in ospedale in reparto privato in luogo del reparto semiprivato. Una prestazione più importante era dunque stata richiesta. Per questo motivo, esso aveva domandato, nella sua qualità di assicuratore, una nuova dichiarazione sullo stato di salute. I presupposti per la conclusione di un nuovo contratto erano dunque realizzati e, di conseguenza, il vecchio contratto aveva cessato d'esistere. La disdetta dal nuovo contratto d'assicurazione per causa di reticenza non aveva ristabilito automaticamente il contratto precedente. Per quanto attiene al documento "domanda d'assicurazione" utilizzato per la sottoscrizione o la modifica di un'assicurazione complementare, l'assicuratore ha precisato che la rubrica alla quale ci siamo riferiti all'inizio del nostro scritto era destinata unicamente a un uso interno. Né la menzione "nuova affiliazione" come nemmeno la dicitura "precedentemente assicurato presso la Cassa malati" erano da considerare, in quanto l'assicurata era già affiliata presso la stessa senza interruzione. L'assicuratore malattie ha dunque mantenuto il suo rifiuto di continuare l'assicurazione complementare in reparto semiprivato.

Al padre dell'assicurata non restava che la via giudiziaria. Per questo motivo abbiamo domandato all'assicuratore una soluzione di compromesso. Dopo aver riflettuto un po' di tempo, l'assicuratore ha accettato e le parti si sono accordate per mantenere la disdetta dell'assicurazione complementare di degenza ospedaliera in reparto privato per causa di reticenza, ma reintegrando l'assicurata nell'assicurazione complementare di degenza in reparto semiprivato a partire dal 1° maggio 2019, senza applicare riserve di salute alle prestazioni future (anche per quanto attiene la malattia che aveva comportato la violazione dell'obbligo di informare). In contropartita, l'assicurata rinunciava a ogni pretesa per il periodo dal 1° gennaio 2018 al 30 aprile 2019.

Questa situazione di compromesso è stata utile a tutte le parti interessate in quanto sussisteva un rischio processuale per ambedue le parti.

## **7 Dalla prassi dei casi con riferimento all'estero**

Nei casi con riferimenti all'estero, si pone spesso la questione di sapere a quale regime di sicurezza sociale una persona è soggetta. I casi seguenti ne sono una buona illustrazione.

### **Caso 11**

L'assicurata è una cittadina svizzera domiciliata nel Cantone di San Gallo. Essa è assicurata obbligatoriamente per le cure medico-sanitarie presso un'assicurazione malattie svizzera conformemente alla LAMal e lavora nel Principato del Liechtenstein. Quando ha ricevuto delle prestazioni di cure mediche sul luogo di lavoro, la cassa malati ha rifiutato di assumere i costi, motivando che essa era sottoposta all'accordo UE sulla libera circolazione delle persone a causa della sua attività lucrativa. Per questa ragione, essa necessitava di un'assicurazione conforme agli accordi bilaterali, che la compagnia di assicurazione malattie non poteva fornirle. L'interessata doveva allora trovare un assicuratore che le fornisse un'assicurazione di base conformemente agli accordi bilaterali. L'assicurata voleva sapere se la presa di posizione della cassa malati fosse corretta.

Siccome non condividevamo l'opinione della cassa malati, siamo intervenuti con gli argomenti seguenti:

La Svizzera, come il Principato del Liechtenstein, è uno Stato membro dell'Associazione europea di libero scambio (di seguito AELS). Conformemente al protocollo 2 all'appendice 2 della Convenzione AELS del 4 gennaio 1960, in vigore dal 1° giugno 2002, nel suo tenore del 9 novembre 2017, vale per le relazioni tra la Svizzera e il Liechtenstein quanto segue:

Conformemente alla cifra 1, n. 1.1, le persone che risiedono in uno dei due Stati sono soggette alle disposizioni sull'assicurazione malattie obbligatoria del loro Stato di residenza quando esercitano un'attività lucrativa e sono soggette in uno dei due Stati alla legislazione concernente le altre materia d'assicurazione sociale. In virtù della n. 1.4, i lavoratori frontalieri hanno diritto alle prestazioni in natura nello Stato nel quale esercitano la loro attività come se fossero assicurati in questo Stato.

Nel caso concreto, l'assicurata era una lavoratrice frontaliere che si dirigeva nel Liechtenstein. Conformemente alla Convenzione AELS, è il principio del luogo di residenza che si applica tra la Svizzera e il Principato del Liechtenstein. Di conseguenza, l'assicurata era soggetta all'obbligo assicurativo in Svizzera ma aveva diritto a ricevere prestazioni nel Principato del Liechtenstein come se essa fosse lì assicurata.

Sulla base di tale argomentazione, abbiamo domandato all'assicuratore malattie di proseguire l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie all'assicurata e accordarle le prestazioni corrispondenti.

L'assicuratore ha condiviso il nostro punto di vista e ha dichiarato l'assicurata completamente garantita presso di esso.

## **Caso 12**

Una lavoratrice frontaliere sposata e incinta, domiciliata in Italia, si è lamentata che la sua cassa malati svizzera non voleva includere il nascituro nel regime d'assicurazione obbligatorio di cure medico-sanitarie. Il motivo addotto dalla cassa malattie era che il padre del nascituro, ugualmente lavoratore frontaliere, aveva esercitato il suo diritto d'opzione e da allora era assicurato in Italia. Il bambino doveva pertanto essere assicurato in seno allo stesso sistema assicurativo come il padre. Suo marito e lei medesima non hanno condiviso tale modalità di procedere.

Le nostre ricerche hanno mostrato che la futura mamma era assicurata in Svizzera sulla base del principio del luogo di lavoro. Il padre del nascituro aveva sì esercitato il suo diritto d'opzione ed era quindi assicurato in Italia, ma ciò era irrilevante per il caso in rassegna.

In effetti, solo il fatto che uno dei due genitori lavori in Italia è determinante. In tale caso, il nascituro dovrà affiliarsi presso l'assicurazione del genitore che lavora in Italia perché la famiglia lì ha il suo domicilio.

Visto però che nel caso in rassegna entrambi i genitori lavorano in Svizzera e che la futura mamma non intende rinunciare alla sua attività dopo la nascita, i genitori sono liberi di scegliere dove vogliono assicurare il loro bimbo. Abbiamo informato l'assicuratore di quanto precede.

L'assicuratore malattie si è allineato alla nostra motivazione e si è dichiarato pronto a includere il nascituro nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della madre.

Lucerna, 9 aprile 2020

*Morena Hostettler Socha, mediatrice*

## Fondazione Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie

### Consiglio di fondazione (stato al 31.12.19):

<b>MOSER Markus</b>	<b>Presidente</b> , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
<b>BRÄNDLI Christoffel</b>	<b>Vicepresidente</b> , mag. oec. HSG, già membro del Consiglio agli Stati; 7302 Landquart
<b>CHIESA Tanner Gabriella</b>	Segretaria generale della CSS; 8806 Bäch SZ
<b>D'ANDREA JÄGER Mariantonia</b>	Dr. med. psichiatra e psicoterapia; 3007 Bern [fino al 12.10.2019]
<b>DITTLI Nikolai</b>	CEO della CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
<b>MONIGATTI Fabiola</b>	lic. iur. LL.M.; 7742 Poschiavo
<b>STEIERT Jean-François</b>	Lic. phil. I, membro del Consiglio di stato; 1700 Friburgo

### Ufficio di Lucerna (stato al 31.12.19):

<b>HOSTETTLER SOCHA Morena</b>	<b>Mediatrice</b> , lic. iur., avvocato
<b>SCHMUTZ Thomas</b>	<b>Sostituto della mediatrice</b> , Fürsprecher (avvocato bernese)
<b>BRECHBÜHL Eliane</b>	Dipl. perito in ass. malattie
<b>BUCHER Silvia</b>	PD, Dr. iur., avvocato
<b>GOTTRAUX Isabelle</b>	Lic. iur., giurista
<b>LORÉTAN Charles</b>	Dipl. perito in ass. malattie
<b>MAETZLER Caroline</b>	MLaw, giurista
<b>MÜLLER INEICHEN Susanne</b>	Lic. iur., avvocato
<b>SCHMID Jasmin</b>	MLaw, giurista [fino al 31.05.2019]
<b>TRONTO Lorena</b>	MLaw, giurista
<b>WÖRSCHING-Würmli Barbara</b>	MLaw, giurista

## Contatto

*Per iscritto:*

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

Website:	<a href="https://www.om-kv.ch/it">https://www.om-kv.ch/it</a> (con formulario di contatto)
----------	---

*Diretto:*

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

<b>in tedesco:</b>	<b>041 226 10 10</b>
<b>in francese:</b>	<b>041 226 10 11</b>
<b>in italiano:</b>	<b>041 226 10 12</b>