

Ufficio di mediazione

dell'assicurazione malattie

Rapporto annuale '20

Indice

Premessa della mediatrice	4
1 Ufficio	5
2 Consiglio di fondazione	5
3 Cifre	5
3.1 Entrate per materia	6
3.2 Entrate per ramo d'assicurazione	7
3.3 Entrate per lingua	8
3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione	9
3.5 Evoluzione delle entrate (riassunto)	10
4 I principi di svolgimento dell'attività di mediazione	11
4.1 Quando è competente l'Ufficio di mediazione?	11
4.2 Quando l'Ufficio di mediazione non può intervenire?	12
4.3 Chi può far capo ai servizi dell'Ufficio di mediazione e come deve procedere?	13
4.4 Cosa accade, se l'assicurato dispone di un'assicurazione di protezione giuridica o è rappresentato da un avvocato?	13
4.5 Cosa si possono attendere gli assicurati dall'Ufficio di mediazione?	14
4.6 L'Ufficio di mediazione può influenzare la politica aziendale degli assicuratori malattia?	14
5 Dalla prassi dell'Ufficio di mediazione	15
5.1 Chi è soggetto all'assicurazione malattie obbligatoria in Svizzera?	15
Caso 1	15
Caso 2	18
Caso 3	19
5.2 Cambiamento di cassa malati con riferimento all'estero	19
Caso 4	19
Caso 5	22

5.3	Premi in sospeso, ovvero premi non pagati, con riferimento all'estero	23
	Caso 6	23
5.4	Ricezione di prestazioni all'estero	24
	Caso 7	24
5.5	Conseguimento di prestazioni in caso di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal in conformità degli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri dell'UE, con l'integrazione di alcune assicurazioni complementari secondo il diritto svizzero: caso particolare Germania	25
	Caso 8	25
	Caso 9	27
6	Altri casi dalla prassi dell'Ufficio di mediazione relative all'UE/AELS nel corso degli anni precedenti.	28
	Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie	29
	Contatto	30

Premessa della mediatrice



Lucerna, Ponte della cappella ¹

Stimate lettrici e assicurate, stimati lettori e assicurati

Nel 2020 un virus finora sconosciuto, chiamato Covid-19, ci ha instillato la paura. Questa pandemia ha lasciato le sue tracce anche sulle questioni che l'Ufficio di mediazione ha dovuto affrontare. Abbiamo quindi avuto a che fare con un numero significativamente inferiore di casi concernenti l'intermediazione in materia di contratti assicurativi. Da un lato, questo risultato era riconducibile agli sforzi degli assicuratori di collaborare con agenti assicurativi meglio formati e di escludere quelli che ottenevano accordi in modo sleale semplicemente per ottenere le commissioni. D'altra parte, la diminuzione è stata anche una conseguenza del "lockdown", che ha impedito ai broker di visitare la loro potenziale clientela a casa o di incontrarla in luoghi pubblici.

Nell'anno pandemico 2020 è emersa un'altra tendenza. Abbiamo avuto un numero relativamente alto di richieste relative all'Unione Europea (di seguito: UE). Ciò è dovuto non solo al gran numero di frontalieri che lavorano in Svizzera, ma anche ai pensionati che hanno trasferito il loro domicilio dalla Svizzera a uno Stato membro dell'UE. Questi casi rappresentano una grande sfida per noi dal punto di vista giuridico, perché ogni Stato membro ha le sue proprie particolarità. Per darvene un'idea, abbiamo deciso di concentrare il rapporto annuale di quest'anno su questi casi e solo su di essi.

Infine, vorrei esprimere il mio sincero ringraziamento agli assicuratori malattia e all'Istituzione comune LAMal per la collaborazione costruttiva e "last but not least" anche alla mia squadra profondamente motivata, per il suo impegno quotidiano al servizio degli assicurati.

La vostra mediatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerne, 30 aprile 2021

¹ Credito fotografico: De Ermell - CC BY-SA 4.0 <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=57128161>

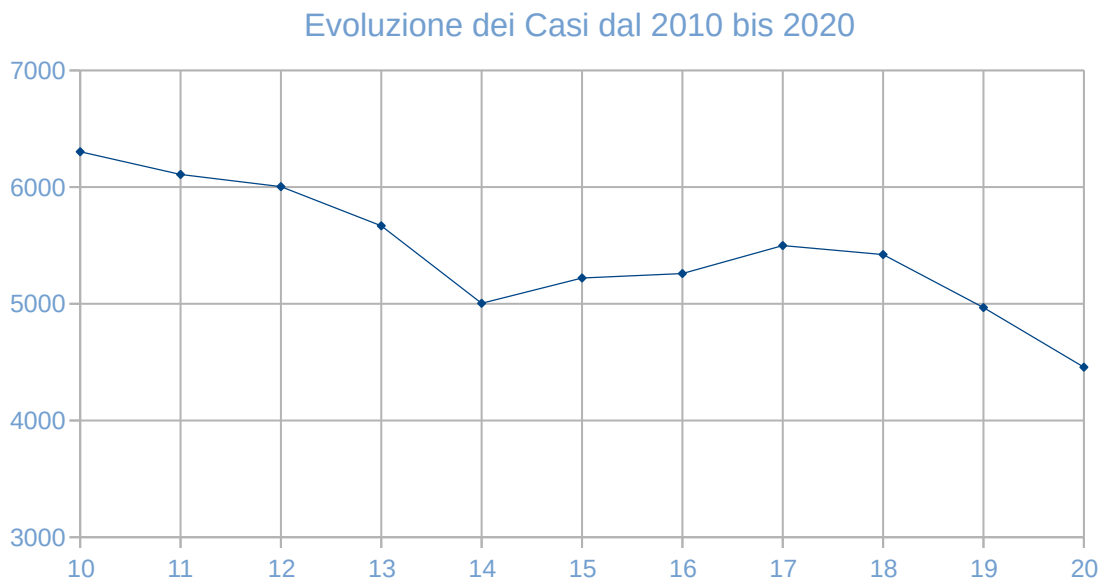
1 Ufficio

Nel 2020 il servizio dell'Ufficio di mediazione è stato gestito dalla mediatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avvocato), da sette collaboratrici con formazione giuridica (Isabelle Gottraux [fino al 30 settembre 2020], Barbara Wörsching-Würmli, Lorena Tronto, Silvia Bucher [fino al 31 marzo 2020], Susanne Müller Ineichen, Caroline Maetzler e Caroline Stocker) come pure da due specialisti in assicurazione malattie (Charles Lorétan e Eliane Brechbühl). Il 31 dicembre 2020 l'Ufficio disponeva di 6,2 posti di lavoro.

2 Consiglio di fondazione

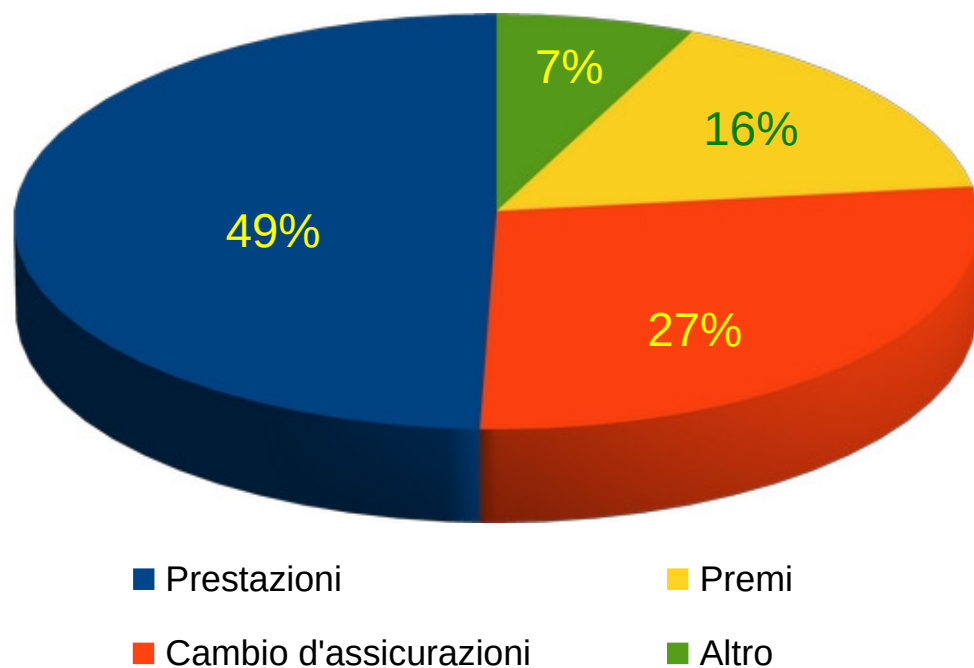
La seduta prevista per il 9 aprile 2020 non ha avuto luogo, in sua sostituzione è stata adottata una risoluzione per email con la stessa data per l'approvazione del conto annuale 2020 così come del rapporto annuale 2020. Una seduta straordinaria ha avuto luogo il 15 settembre 2020 per discutere e preparare la nuova elezione del Consiglio di fondazione nel 2021. In data 19 novembre 2020 il Consiglio di fondazione si è riunito via Skype per discutere il budget 2021 come pure la gestione in corso dell'Ufficio di mediazione e per la nuova elezione del Consiglio di fondazione.

3 Cifre



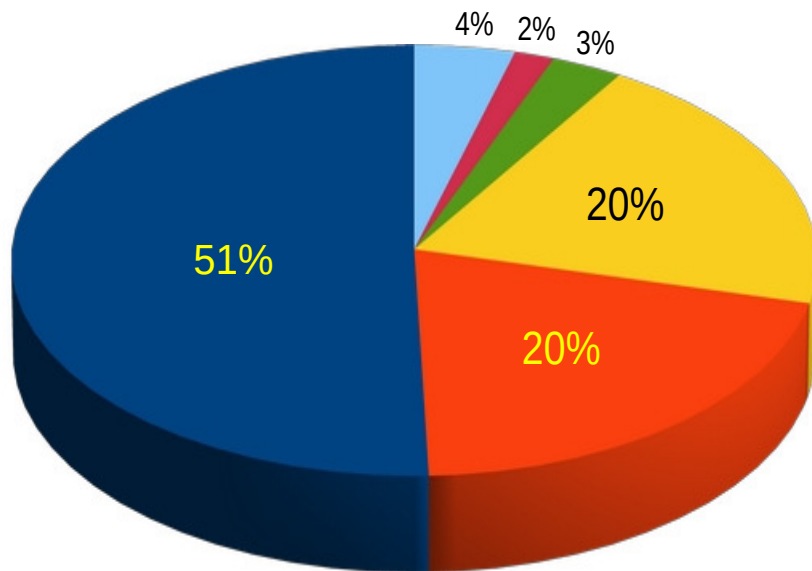
3.1 Entrate per materia

Nel 2020, anno di riferimento del presente rapporto, l'Ufficio di mediazione si è visto confrontato con 4457 entrate (2019: 4968), che rappresenta una diminuzione del 10% rispetto all'anno precedente. La ripartizione delle entrate per materia si presenta come segue: 2160 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2019: 2409), 1197 nell'ambito della conclusione o del cambiamento di assicurazione (2019: 1390) e 704 riguardanti i premi/contributi (2019: 666). I restanti 305 casi concernevano richieste di natura generale (2019: 342).



3.2 Entrate per ramo d'assicurazione

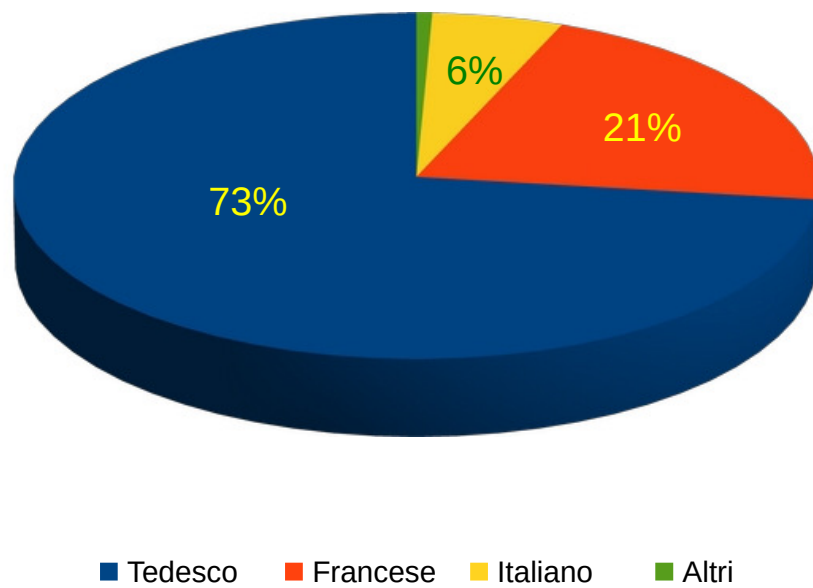
2253 casi riguardavano unicamente l'assicurazione di base (2019: 2626), 912 solo l'assicurazione complementare (2019: 870) e 894 casi in ambedue le branche di assicurazione (2019: 972). In 134 casi le richieste riguardavano l'assicurazione indennità giornaliera (2019: 183). In 75 casi dovevamo mandare gli assicurati presso l'Ombudsman dell'assicurazione privata e della SUVA (2019: 75). Le restanti 189 entrate concernevano questioni di natura generale, in parte non in relazione con l'assicurazione malattia.



- Solo assicurazione di base (obbligatoria)
- Solo assicurazione complementare
- Assicurazione di base e complementare
- Assicurazione indennità giornaliera
- SUVA/Private
- Altri

3.3 Entrate per lingua

3283 entrate sono state presentate in tedesco (2019: 3683), 940 in francese (2019: 994) e 204 in italiano (2019: 249). In altre lingue (soprattutto in inglese) 30 (2019: 42).



3.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione

In 3986 casi (risp. 89-90%) 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 (2019: 4403). In 231 casi in totale (ossia > 5%) l'Ufficio di mediazione è intervenuto con una proposta all'assicuratore malattia (2019: 270), che è stata accolta in 181 casi (2019: 194), ossia con una quota di successo di quasi il 78%. In 83 casi l'Ufficio di mediazione non è intervenuto (2019: 55), nel senso che non è stata formulata alcuna proposta particolare all'assicuratore. In 61 casi abbiamo unicamente richiesto alle casse malati i documenti, che non era stato possibile ottenere dagli assicurati per difficoltà inerenti alla lingua o all'età (2019: 102). In 57 casi abbiamo potuto spiegare la situazione giuridica agli assicurati, in modo che erano in grado loro stessi di liquidare con successo il loro contrasto con l'assicuratore malattia (2019: 51).



3.5 Evoluzione delle entrate (riassunto)

Dopo essersi stabilizzato sul lungo termine a una media pluriennale (circa 5000 casi all'anno) nel 2014, il numero di casi è aumentato di nuovo in modo costante fino al 2017. Dal 2018, vi è una tendenza alla diminuzione, che continua anche nell'anno in rassegna. Diversi motivi giustificano tale riduzione.

In primo luogo, i premi sono aumentati solo moderatamente nell'anno in esame e, a causa della pandemia, i broker assicurativi non sono stati così attivi come negli anni precedenti e, di conseguenza, vi sono stati meno cambiamenti di cassa malati e meno problemi associati a questi cambiamenti (ad esempio: doppie assicurazioni, violazioni dell'obbligo di notifica ecc.).

Inoltre gli assicuratori vigilano meglio sul modo di lavoro dei broker. Essi sembrano prestare più attenzione alla qualità della consulenza in generale. Anche gli uffici interni di reclamo di alcune casse malati hanno notevolmente alleviato il nostro carico 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 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 (<https://www.om-kv.ch/it>) 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 fondamentalmente la fiducia sia della persona assicurata che dell'assicuratore malattie.

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

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

5 Dalla prassi dell'Ufficio di mediazione

Nel capitolo seguente vi presentiamo una scelta di casi, di cui ci siamo occupati nell'anno 2020. Questa volta ci siamo concentrati su fatti che presentano un nesso con l'estero, in particolare con l'Unione europea.

Per ragioni di protezione della personalità, i nomi e i dati sono stati omessi o sono stati modificati. La fattispecie del caso, gli accertamenti e la loro risoluzione sono presentati in forma semplificata.

5.1 Chi è soggetto all'assicurazione malattie obbligatoria in Svizzera?

Caso 1

Un'assicurata ha la doppia cittadinanza (nazionalità) svedese ed ecuadoriana. Essa ci ha spiegato che trascorre l'estate nella sua casa in Svezia e l'inverno da suo marito e dai suoi figli in Ecuador. L'assicurata aveva risieduto in Svizzera per circa due anni e si era assoggettata all'assicurazione malattie obbligatoria. Inoltre riceve una piccola rendita AVS dalla Svizzera. Anche se era ritornata a vivere in Svezia, l'assicuratore svizzero non ha voluto disdire il contratto di assicurazione secondo la LAMal perché l'assicurata riceve una rendita dalla Svizzera (in base all'accordo bilaterale), ma lei non è stata d'accordo. Per questo motivo ha chiesto all'Ufficio di mediazione come poteva esentarsi dall'assicurazione malattie obbligatoria in Svizzera; in particolare voleva sapere se era sufficiente dichiarare l'Ecuador come suo domicilio permanente o rinunciare alla sua rendita AVS.

Ogni persona domiciliata in Svizzera deve stipulare un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera. Il Consiglio federale può prevedere delle eccezioni all'obbligo di assicurazione. Esso può estendere l'obbligo assicurativo alle persone che non hanno il loro domicilio in Svizzera, segnatamente a quelle che lavorano in Svizzera o che vi hanno la dimora abituale (art. 13 cpv. 2 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali [LPGA]) o che sono impiegate all'estero da un datore di lavoro con sede in Svizzera.

La nozione di domicilio, applicabile nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, è definita agli articoli 23 e seguenti del Codice civile svizzero (CC) (cfr. art. 13 cpv. 1 LPGA e art. 3 cpv. 1 LAMal in relazione con l'art. 1 cpv. 1 OAMal). Di conseguenza, il domicilio di una persona è il luogo in cui essa dimora con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente (art. 23 cpv. 1 CC). Nessuno può avere contemporaneamente il suo domicilio in più luoghi (art. 23 cpv. 2 CC).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, per determinare il domicilio devono essere soddisfatti due presupposti: uno esterno oggettivo, la dimora, e uno interno soggettivo, l'intenzione di risiedervi durevolmente (cfr. la sentenza del Tribunale federale 9C_546/2017 del 30 aprile 2018 consid. 3.2). Secondo questa giurisprudenza, non è decisiva la volontà interna, soggettiva, ma l'intenzione che le circostanze oggettive riconoscibili consentono di dedurre. Il fattore determinante è quindi il luogo in cui si trova il centro delle relazioni personali vitali. Questo è normalmente il luogo dove si abita, ovvero il luogo dove la persona interessata dorme, trascorre il suo tempo libero, tiene i suoi effetti personali e di solito ha un collegamento telefonico e un indirizzo postale. L'intenzione riconoscibile esteriormente deve essere finalizzata a un soggiorno durevole - cioè nel senso di "fino a nuovo ordine".

Tuttavia, l'intenzione di lasciare poi nuovamente un luogo non esclude l'acquisizione di un domicilio. Il domicilio rimane in quel luogo finché non se ne stabilisce uno nuovo altrove (art. 24 cpv. 1 CC). In particolare, non è determinante se la persona ha un permesso di soggiorno o dimora rilasciato dalla polizia degli stranieri.

Noi abbiamo quindi informato l'assicurata che, se il suo centro d'interessi vitali nel senso della giurisprudenza summenzionata si trova in Ecuador, deve farlo valere presso l'assicuratore svizzero per poter essere esonerata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera. Per fare ciò, tuttavia, dovrebbe presentare prove che permettano di concludere che il centro dei suoi interessi vitali non è in Svezia ma in Ecuador.

Tuttavia, se il centro vitale dell'assicurata non è in Ecuador ma in Svezia, si pone per noi la questione di sapere se l'assicurata è obbligata ad assicurarsi in Svizzera o in Svezia.

I diversi sistemi giuridici degli Stati UE/AELS sono coordinati, nel senso che è determinato per ogni persona interessata a quale diritto nazionale è soggetta. Secondo l'articolo 11 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 [CE] n. 883/2004), una persona è sempre soggetta all'obbligo di assicurazione in un solo Stato.

I pensionati sono soggetti all'assicurazione malattie obbligatoria nello Stato da cui ricevono la rendita (art. 24 cpv. 2 lett. a del Regolamento [CE] n. 883/2004). Il fattore decisivo per far scattare l'obbligo assicurativo è quindi l'effettiva ricezione della rendita. Non è sufficiente che la persona abbia semplicemente diritto a una rendita. Questo ha un effetto in particolare sui pensionati che differiscono le rendite AVS e quindi hanno un diritto alla rendita, ma la cui ricezione effettiva avviene in un secondo momento. Infine, conviene notare che anche una rendita AVS fa scattare un obbligo assicurativo, se finanziata esclusivamente dai contributi versati da una persona senza attività lucrativa o se la persona riceve una rendita nell'ambito dello splitting di prestazioni tra coniugi. Non sono considerate come rendite le prestazioni dei regimi di previdenza privati, quali le assicurazioni sulla vita.

Se un pensionato riceve in aggiunta alla sua rendita svizzera, una pensione dal suo paese di residenza nell'UE o in Islanda o in Norvegia, allora egli è affiliato all'assicurazione obbligatoria nel paese di residenza (art. 23 del Regolamento [CE] n. 883/2004). L'importo della pensione e la durata del pagamento dei contributi non sono determinanti. Ne consegue che anche le piccole pensioni comportano l'affiliazione all'assicurazione obbligatoria nel paese di residenza.

Se una persona riceve più pensioni da diversi Stati UE/AELS, ma nessuna dallo Stato di residenza, lo Stato responsabile per l'assicurazione malattie è quello in cui la persona ha pagato per il periodo più lungo i contributi per la sua pensione (art. 24 cpv. 2 lettera b del Regolamento [CE] n. 883/2004).

Abbiamo quindi informato l'assicurata che se riceveva solo una rendita dalla Svizzera e che risiedeva in Svezia, essa continuava comunque a essere assicurata obbligatoriamente in Svizzera. In questo caso, l'assicuratore svizzero aveva il diritto di pretendere il versamento di un premio UE a partire dal momento della presa di domicilio in Svezia. Tuttavia, essa avrebbe potuto cambiare la sua assicurazione malattie obbligatoria alla fine dell'anno se il premio UE con l'assicuratore attuale le fosse sembrato troppo alto. La lista degli assicuratori che offrono l'assicurazione malattie obbligatoria in Svezia si trova sul sito web https://www.priminfo.admin.ch/it/eu_efta ("Premi EU/AELS").

Tuttavia, se essa riceveva una pensione dalla Svezia oltre a quella svizzera, sarebbe soggetta all'assicurazione obbligatoria nel suo paese di residenza, la Svezia, indipendentemente dall'importo della pensione svedese. In questo caso, dovrebbe presentare all'assicuratore svizzero una decisione attestante una riscossione di pensione dalla Svezia. L'assicuratore dovrebbe allora ritenere conclusa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a partire dalla data di partenza dalla Svizzera e rimborsare i premi già pagati.

Tuttavia, se la persona assicurata riceve oltre alla rendita svizzera anche una pensione da uno stato UE/AELS diverso dalla Svezia, sarebbe necessario chiarire in quale Stato l'assicurata ha versato i contributi per il periodo più lungo. Sarebbe quindi soggetta all'assicurazione obbligatoria in quello Stato. In questo caso, l'assicurata dovrebbe fornire all'assicuratore svizzero un estratto dei contributi versati in quello Stato, in modo che l'assicuratore possa verificare in quale Stato il periodo contributivo dell'assicurata è stato più lungo. Se questo non dovesse essere il caso della Svizzera, allora l'assicurata dovrebbe essere esonerata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a partire dalla data di partenza dalla Svizzera e i premi già pagati dovrebbero essere rimborsati.

Per quanto riguarda la rinuncia alla rendita AVS, abbiamo fatto presente all'assicurata che il nostro Ufficio di mediazione non è competente per questo tipo di richieste e che dovrebbe rivolgersi alla Cassa svizzera di compensazione (CSC) di Ginevra.

Abbiamo potuto comunque fornirle le seguenti informazioni di base sulla possibilità di rinunciare alle prestazioni nell'ambito dell'assicurazione sociale:

Secondo l'art. 23 LPGA, l'avente diritto può rinunciare alle prestazioni assicurative. Può revocare la rinuncia in qualsiasi momento con effetto per il futuro. La rinuncia e la revoca devono essere dichiarate per iscritto. La rinuncia e la revoca sono nulle se pregiudicano gli interessi degni di protezione di altre persone, di istituzioni assicurative o assistenziali oppure se si propongono di eludere le prescrizioni legali (art. 23 cpv. 2 LPGA).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale si può rinunciare alle prestazioni solo in casi eccezionali, vale a dire se l'avente diritto ha un interesse degno di protezione nel farlo e se la rinuncia non lede gli interessi di altre persone o istituzioni coinvolte (DTF 129 V 1 consid. 4.3 pag. 8 seg.). Sebbene la formulazione dell'art. 23 LPGA non preveda espressamente la condizione di un interesse degno di protezione, il Tribunale federale ritiene che questa condizione continui a valere anche dopo l'entrata in vigore della LPGA (sentenza del Tribunale federale 9C_576/2010 del 26 aprile 2011 consid. 4.3).

L'assicuratore sociale deve esaminare le circostanze personali del richiedente e i motivi della richiesta per determinare se c'è un interesse degno di protezione alla rinuncia a una prestazione dell'assicurazione sociale. In pratica, questo requisito è raramente soddisfatto. In particolare, quando si tratta di rendite, non c'è in linea di principio un interesse degno di protezione alla rinuncia a una prestazione dell'assicurazione sociale (Ghislaine FRÉSARD, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 19 seg. ad art. 23 LPGA).

Abbiamo quindi informato l'assicurata che, nell'ipotesi che avesse potuto rinunciare alla rendita AVS, saremmo stati dell'opinione che, vista la sua residenza in Svezia, non sarebbe più stata assoggettata all'assicurazione obbligatoria in Svizzera, poiché non sarebbe determinante il diritto alla rendita AVS ma l'effettiva percezione della stessa.

Caso 2

Un cittadino spagnolo di 63 anni aveva trasferito il suo domicilio dalla Svizzera alla Spagna. Voleva essere esonerato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera ed esercitare così il suo diritto d'opzione. Egli aveva già presentato una domanda in tal senso all'Istituto comune LAMal di Olten. Tuttavia, l'autorità spagnola competente era del parere che non poteva rivendicare il "Convenio especial de asistencia sanitaria", poiché riceveva solo una rendita transitoria. Per questo motivo, gli ha rifiutato l'autorizzazione all'iscrizione al regime di assicurazione malattie sociale in Spagna. L'assicurato voleva sapere da noi come poteva rinunciare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera. Egli pensava che un intervento da parte nostra sull'assicuratore svizzero avrebbe potuto risolvere il suo problema.

Questo non è il caso, poiché l'assicuratore svizzero non ha il diritto di porre fine al rapporto assicurativo di propria iniziativa. Nel caso di pensionati che percepiscono una rendita pensionistica esclusivamente dalla Svizzera e trasferiscono il loro domicilio in uno Stato dell'UE, che prevede la possibilità di essere esonerati dall'assicurazione obbligatoria in Svizzera (cosiddetto diritto d'opzione), l'assicuratore malattie può disdire il rapporto assicurativo solo dopo che il pensionato ha presentato una domanda di esenzione all'Istituzione comune LAMal e quest'ultimo ha approvato la domanda.

Le nostre indagini hanno dimostrato che il cosiddetto "convenio especial" è un accordo tra la Svizzera e la Spagna (accordo di sicurezza sociale). Esso è applicabile solo ai cittadini svizzeri e spagnoli. Per i cittadini di questi due paesi che trasferiscono il loro domicilio in Spagna e ricevono solo una rendita dalla Svizzera, la convenzione di sicurezza sociale prevede la possibilità di essere esonerato dall'assicurazione malattie obbligatoria in Svizzera.

Nel caso specifico, il problema era che la rendita transitoria dell'assicurato non era stata riconosciuta come rendita.

Il Regolamento (CE) n. 883/2004 definisce "pensioni" non solo le pensioni in senso stretto, ma anche le rendite, le prestazioni in capitale che possono sostituirlle e i versamenti effettuati a titolo di rimborso di contributi, nonché le maggiorazioni di rivalutazione e gli assegni supplementari (cfr. articolo 1 lett. w del Regolamento [CE] n. 883/2004).

Questo regolamento definisce anche le "prestazioni di pensionamento anticipato". Si riferisce a tutte le prestazioni in denaro diverse dalle indennità di disoccupazione e dalle prestazioni anticipate di vecchiaia che sono erogate a decorrere da una determinata età ai lavoratori che hanno ridotto, cessato o sospeso temporaneamente la loro attività professionale, fino all'età in cui hanno diritto alla pensione di vecchiaia o a quella di pensionamento anticipato, e il cui beneficio non è subordinato alla condizione di porsi a disposizione degli uffici del lavoro dello Stato competente. Di conseguenza, una "prestazione anticipata di vecchiaia" è una prestazione che viene erogata prima del raggiungimento dell'età del normale pensionamento e che continua a essere erogata anche dopo che è stata raggiunta tale età, oppure è sostituita da un'altra prestazione di vecchiaia (cfr. art. 1 lett. x del Regolamento [CE] n. 883/2004).

I documenti che ci sono stati presentati dimostrano che l'assicurato aveva diritto sia a una rendita transitoria che a una prestazione in capitale del regime pensionistico professionale. Entrambe le prestazioni gli sono state versate dalla sua cassa pensione. Per quanto riguarda la rendita transitoria, le nostre indagini hanno dimostrato che gli accordi su tali prestazioni rientrano nel campo di applicazione del Regolamento (CE) n. 883/2004 solo se sono stati

dichiarati di obbligatorietà generale e la Svizzera lo ha formalmente notificato al legislatore dell'UE. Questo non è stato il caso della rendita transitoria ricevuta dall'assicurato. Anche la rendita transitoria non rientra nel campo di applicazione dell'articolo 1 lett. x del Regolamento (CE) n. 883/2004, poiché la legislazione svizzera sulla sicurezza sociale non prevede tali prestazioni. La decisione delle autorità spagnole riguardo alla rendita transitoria era quindi corretta.

Secondo gli atti che ci sono stati presentati, l'assicurato aveva anche prelevato una prestazione in capitale dal suo fondo pensione. Se una persona assicurata percepisce la prestazione in capitale quando ha raggiunto l'età di pensionamento prevista dal regolamento degli istituti di previdenza (secondo l'art. 1 lett. i OPP 2 ciò è possibile al più presto a partire dal compimento del 58° anno di età), questa è equiparata a una rendita LPP ed è quindi considerata una prestazione pensionistica nel senso dell'art. 1 lett. w del Regolamento (CE) n. 883/2004. Sulla base del prelievo in capitale dalla cassa pensioni, la persona assicurata ha quindi diritto a richiedere il "convenio especial de asistencia sanitaria". Lo abbiamo informato di questo per fare il necessario con le autorità spagnole.

Caso 3

La persona assicurata ha un partner che vive e anche lavora in Germania come manager dipendente ed è assicurato privatamente contro le malattie in Germania. Inizialmente la persona assicurata viveva e lavorava ancora in Svizzera. Tuttavia, dopo la nascita del loro primo figlio comune, lei si trasferì in Germania per vivere con il padre del bambino. Lì ha dato alla luce un secondo figlio. Non ha però rinunciato al suo lavoro retribuito in Svizzera, motivo per cui da quando si è trasferita in Germania è stata una lavoratrice frontaliera in Svizzera. Lì era ed è soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo il principio del luogo di lavoro, poiché non ha esercitato la sua opzione quando era ancora in grado di farlo. Voleva anche assicurare i suoi due bambini all'assicurazione malattie obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera. Tuttavia, il suo assicuratore ha rifiutato la domanda. L'assicurata voleva sapere da noi se questo era legale.

Conformemente all'articolo 32 cpv. 2 del Regolamento (CE) n. 883/2004, le prestazioni in natura per i familiari sono erogate per conto dell'istituzione competente dello Stato membro in cui risiedono, a condizione che il coniuge o la persona che provvede ai figli della persona assicurata eserciti un'attività subordinata o autonoma in questo Stato membro.

Di conseguenza i membri della famiglia sono trattati come le persone che esercitano un'attività lucrativa nel loro paese di residenza. In questo caso, entrambi i genitori hanno un lavoro retribuito, ma solo il padre dei figli svolge un'attività lavorativa nel paese di residenza dei figli, ossia in Germania. I bambini sono quindi soggetti all'assicurazione obbligatoria in Germania.

5.2 Cambiamento di cassa malati con riferimento all'estero

Caso 4

Una pensionata dell'AVS aveva, nel corso del 2020, trasferito il suo domicilio dalla Svizzera all'Inghilterra. Ne ha informato il suo assicuratore svizzero prima di partire. Nel contempo ha informato il suo assicuratore che non voleva più essere assicurata con lui, ma con un altro

assicuratore svizzero. L'assicuratore precedente non ha voluto accettarlo con la motivazione che il cambiamento di domicilio non era motivo di disdetta.

In vista della Brexit, abbiamo dovuto innanzitutto chiarire quale legge sarebbe stata applicata al contraente dopo il cambio di domicilio.

Il Regno Unito ha lasciato l'UE dal 31 gennaio 2020. L'accordo d'uscita ha previsto un periodo transitorio fino al 31 dicembre 2020, durante il quale il Regno Unito è da considerare come uno stato dell'UE e il diritto dell'UE sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale in relazione agli Stati dell'UE con la Svizzera resta applicabile. Di conseguenza, durante questo periodo, il Regolamento (CE) n. 883/2004 e il Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che stabilisce le modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (di seguito citato Regolamento [CE] n. 987/2009) hanno continuato ad applicarsi senza modifiche nelle relazioni tra la Svizzera e il Regno Unito.

Il Regolamento (CE) n. 883/2004 e il Regolamento (CE) n. 987/2009 si applicano ai cittadini svizzeri e dell'UE/AELS (art. 1 cpv. 2 dell'allegato II dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone [ALC] in combinato disposto con l'art. 2 del regolamento [CE] n. 883/2004). Ai sensi dell'articolo 24 cpv. 2 lettera a del Regolamento (CE) n. 883/2004, i pensionati sono in linea di principio coperti dall'assicurazione sanitaria nello Stato da cui ricevono una pensione.

Nel caso in esame, la persona assicurata percepiva una rendita esclusivamente dalla Svizzera al momento del trasferimento del domicilio, motivo per cui doveva rimanere assicurata in Svizzera.

Per quanto riguarda il cambio di assicuratore dal momento in cui si prende il domicilio in Inghilterra, si pone la questione di sapere se il precedente contratto di assicurazione sia terminato automaticamente con il trasferimento in Inghilterra o se questo avesse richiesto una disdetta. I nostri chiarimenti hanno accertato quanto segue:

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) non prevede un diritto di disdetta straordinario in caso di trasferimento all'interno della Svizzera o di allontanamento dalla Svizzera. Essa prevede la fine dell'affiliazione presso un assicuratore al momento del trasferimento di domicilio solo se l'assicuratore è attivo unicamente in un territorio limitato e il nuovo luogo di domicilio dell'assicurato è al di fuori di questo territorio. In questo caso, il contratto di assicurazione esistente termina automaticamente e senza formalità di disdetta al momento del trasferimento di domicilio (art. 7 cpv. 3 LAMal; cfr. caso 5).

L'Ufficio federale della sanità pubblica ritiene che il trasferimento di residenza dalla Svizzera all'UE o dall'UE alla Svizzera faccia scattare un diritto di recesso straordinario. Nel fare ciò, fa riferimento a una sentenza del Tribunale amministrativo del Cantone di Turgovia del 14 novembre 2012 (cfr. referenza VV.2012.185/E), in cui il tribunale si è pronunciato a favore della fine dell'obbligo assicurativo sulla base dell'art. 7 cpv. 8 OAMal nel caso di un frontaliere in Svizzera che aveva trasferito il suo domicilio in Svizzera. Nei considerandi del giudizio si legge:

Al consid. 3.2 "Il ricorrente invoca l'articolo 7 cpv. 4 OAMal a sostegno della sua posizione. Tuttavia, questa disposizione non è applicabile al caso in rassegna, poiché si riferisce ai frontalieri ai sensi dell'art. 3 OAMal, vale a dire ai frontalieri che non sono soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal, ma che si sono assicurati volontariamente in

Svizzera. Questo non vale per il ricorrente, come già detto, perché è soggetto all'assicurazione obbligatoria nel senso dell'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal. L'art. 7 cpv. 8 OAMal è quindi applicabile. Secondo questa disposizione, le persone soggette all'obbligo assicurativo ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 lett. d ed e OAMal sono tenute ad assicurarsi in Svizzera entro tre mesi dalla nascita dell'obbligo d'assicurazione in Svizzera (...). L'assicurazione cessa quando le persone non adempiono più le condizioni per essere soggette all'assicurazione svizzera nel senso dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC) e del suo allegato II o dell'Accordo AELS, del suo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K. Per quanto riguarda la fine dell'obbligo assicurativo, l'art. 5 cpv. 3 LAMal stabilisce che l'assicurazione "termina" quando l'assicurato cessa di essere soggetto all'obbligo d'assicurazione. Al verificarsi di una circostanza che pone fine all'obbligo di assicurazione, l'assicurazione termina automaticamente e senza formalità di disdetta (Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Zurigo/Basilea/Ginevra 2010, n. 7 ad art. 5)".

Al consid. 3.3 "L'assoggettamento di un lavoratore frontaliero all'assicurazione svizzera sulla base dell'ALC presuppone che la persona che lavora in Svizzera non sia anche domiciliata in Svizzera. Non appena è domiciliata in Svizzera, non è più soggetta all'ALC ma solo alla LAMal (art. 3 cpv. 1 LAMal). Trasferendo il suo domicilio in Svizzera, il ricorrente non soddisfa più i requisiti per essere assoggettato alla LAMal sulla base dell'ALC".

"Anche se il ricorrente continua a essere soggetto all'assicurazione obbligatoria a causa della sua presa di domicilio in Svizzera - ora non più sulla base dell'ALC ma sulla base dell'art. 3 cpv. 1 LAMal - egli ha ragione di affermare che il suo contratto con la convenuta è terminato senza il rispetto di alcuna formalità di disdetta. Questo perché il suo precedente obbligo di essere assicurato, che era previsto dall'art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal, è terminato in seguito alla cessazione dell'obbligo di essere assicurato sulla base dell'ALC e, come già menzionato (consid. 3.2), tale fine non necessita di disdetta".

L'interpretazione dell'art. 7 cpv. 8 OAMal, operata nella sentenza cantonale, varrebbe per analogia anche per i pensionati soggetti all'assicurazione obbligatoria in Svizzera in base all'Accordo sulla libera circolazione delle persone o all'Accordo AELS.

Abbiamo informato l'assicurata di questo: siccome aveva un'assicurazione di protezione giuridica, non ci è stato consentito di intervenire sull'assicuratore secondo il regolamento della nostra fondazione. Ciò probabilmente non sarebbe servito a nulla, poiché la decisione cantonale citata - a differenza di una sentenza del Tribunale federale - non ha validità nazionale. L'assicurata dovrà intraprendere un'azione legale per ottenere chiarezza.

Per completezza, abbiamo informato l'assicurata che, dopo la scadenza del periodo transitorio il 31 dicembre 2020, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e l'UE (ALC) non sarà più applicabile ai rapporti tra la Svizzera e il Regno Unito. Per disciplinare la Brexit e garantire i diritti acquisiti dagli assicurati in base all'ALC, la Svizzera ha concluso con il Regno Unito un accordo sui diritti dei cittadini. Questo accordo sarà applicabile dal 1° gennaio 2021 e garantisce i diritti di cui all'allegato II dell'ALC (coordinamento dei regimi di sicurezza sociale) per le persone che erano soggette all'ALC prima del 1° gennaio 2021.

Per la persona assicurata che, alla data di riferimento, riceveva una rendita dalla Svizzera, risiedeva in Inghilterra e aveva diritto al rimborso delle cure medico-sanitarie a carico della Svizzera, ciò significa che ha ancora diritto a tale rimborso. Nulla cambierà per lei dal 1° gennaio 2021.

Caso 5

Un assicurato domiciliato e occupato in Svizzera ha trasferito la sua residenza in Francia nel febbraio 2019. Avendo un conto digitale con il suo assicuratore malattie, non l'ha informato del suo cambiamento di domicilio. Comunque, egli ha sempre adempiuto correttamente ai suoi obblighi di pagamento. Alla fine del 2019, ha disdetto il precedente assicuratore malattie e ha stipulato un contratto con un nuovo assicuratore svizzero a partire dal 1° gennaio 2020. Quest'ultimo ha notificato all'assicuratore precedente - come richiesto dalla legge - il nuovo arrivo, rispettivamente la nuova affiliazione. Solo a questo punto il precedente assicuratore è venuto a conoscenza del trasferimento di domicilio in Francia del suo ex assicurato. Poiché aveva limitato la sua area di attività alla Svizzera, il precedente assicuratore ha dovuto porre fine alla sua assicurazione con effetto retroattivo da febbraio 2019 e rimborsare i premi. Questo ha creato un vuoto assicurativo e l'adesione al nuovo assicuratore è stata considerata tardiva e ha comportato un supplemento di premio per l'assicurato. L'assicurato non è stato d'accordo.

L'art. 28 cpv. 1 LPGA disciplina in generale l'obbligo di cooperazione dell'assicurato. Secondo questa disposizione, ogni assicurato ha l'obbligo di cooperare gratuitamente all'esecuzione delle varie leggi d'assicurazione sociale (questo include anche l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie). In concreto, questo comprende pure il dovere di fornire informazioni. Nelle condizioni generali d'assicurazione degli assicuratori malattie, le persone assicurate sono espressamente invitate a segnalare all'assicuratore tutti i cambiamenti dei loro dati personali senza indugio e senza che venga loro chiesto di farlo. Se la persona assicurata avesse adempiuto il suo dovere di cooperare, l'assicuratore avrebbe potuto informarla sulla continuazione del suo obbligo assicurativo (cfr. art. 7b OAMal). Sarebbe allora venuto a conoscenza che non tutti gli assicuratori malattie svizzeri, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, sono attivi all'estero. Infatti, l'autorità di vigilanza può, su richiesta e in casi particolari, esentare l'assicuratore dall'obbligo di offrire l'assicurazione malattie sociale alle persone soggette all'assicurazione obbligatoria che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia (cfr. art. 5 lett. g della legge federale sulla vigilanza sull'assicurazione malattie, LVAMal, combinato con l'art. 4 OVAMal). In questo caso specifico, l'assicuratore precedente è stato esentato da tale obbligo.

Conformemente all'art. 7 cpv. 3 LAMal, l'assicurato doveva lasciare il precedente assicuratore al momento del trasferimento del suo domicilio in Francia. Non avendolo fatto, il contratto doveva essere annullato retroattivamente a febbraio 2019. Poiché non aveva dichiarato la sua affiliazione al nuovo assicuratore fino al 1° gennaio 2020, si è creata una lacuna assicurativa. In applicazione dell'art. 5 cpv. 2 LAMal in combinazione con l'art. 8 cpv. 1 LAMal, il nuovo assicuratore ha preteso un supplemento di premio del 50% per il doppio della durata del ritardo. L'azione dell'assicuratore era giustificata perché l'assicurato non poteva giustificarsi asserendo che il ritardo fosse scusabile. Infatti, non aveva notificato al suo precedente assicuratore il cambiamento di domicilio. Di conseguenza, egli non aveva adempiuto al suo dovere d'informazione.

L'obbligo d'informazione dell'assicuratore non consisteva solo nell'informare l'assicurato

sull'esenzione dell'assicuratore nel senso dell'art. 5 lit. g LVAMal e sulle conseguenze per l'assicurato, ma anche di informarlo sul suo diritto di opzione, che gli sarebbe spettato e che avrebbe potuto esercitare solo per un periodo di tre mesi.

Abbiamo di conseguenza informato l'assicurato e lo abbiamo avvisato che l'azione del precedente assicuratore era stata corretta. Ha avuto la fortuna di non aver ricevuto alcuna prestazione (ad esempio, ricovero in ospedale) durante il periodo da febbraio a fine dicembre 2019, perché in quel caso avrebbe dovuto pagare tutto lui, dato che c'era un vuoto di copertura durante questo periodo.

5.3 Premi in sospeso, ovvero premi non pagati, con riferimento all'estero

Caso 6

La figlia di una pensionata ci ha riferito che sua madre aveva vissuto in Francia per quasi dieci anni ed era stata assicurata presso un assicuratore malattie in Svizzera. A quanto pare, l'anziana signora soffriva e soffre tuttora di una malattia mentale, che è una delle ragioni per cui il premio assicurativo non è stato pagato per anni. L'assicuratore malattie ha inviato all'assicurata un sollecito senza esito e ha quindi interrotto le sue prestazioni a partire dal 2012. Nel 2019, l'assicurata è tornata in Svizzera e da allora vive in una casa di cura. I premi sono stati pagati tramite le prestazioni complementari e l'assicuratore malattie fornisce nuovamente le prestazioni. Nell'estate del 2020 l'assicuratore ha escusso l'assicurata per i premi non pagati dal 2012 al 2018. La figlia voleva sapere da noi se questi premi erano tutti dovuti.

Siamo dell'opinione che i premi fossero in gran parte dovuti e che quelli dal 2012 al 2014 fossero perenti nel senso dell'art. 24 cpv. 1 LPGA. Abbiamo motivato questo all'assicuratore nel senso che il termine di cinque anni sarebbe potuto essere rispettato solo con l'emissione di una decisione sui contributi, che non è avvenuta nel caso specifico, motivo per cui la sua richiesta ha dovuto essere ridotta di conseguenza. L'assicuratore malattie ha contestato questa argomentazione e ha sostenuto che la notifica di una decisione all'estero non era ammissibile come atto di sovranità e violava il principio di territorialità. Ha anche sostenuto che il recupero dei crediti all'estero non era possibile a causa della mancanza di un foro esecutivo. Per questi casi speciali, la legge stabilisce che l'assicuratore malattie assume i costi per le prestazioni senza dover emettere una decisione (cfr. art. 105m cpv 2 OAMal). Per queste ragioni, ha mantenuto tutti i crediti che erano stati messi in esecuzione.

Conformemente all'art. 64a cpv. 2 LAMal, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione se gli assicurati, nonostante un sollecito scritto e una successiva diffida, non adempiono ai loro obblighi di pagamento. Per le persone assicurate che risiedono in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia, l'art. 105m cpv. 1 OAMal è applicabile se il rispettivo Stato ha concluso una convenzione d'esecuzione con la Svizzera (attualmente tale convenzione esiste solo con la Germania e l'Austria). Questa disposizione in combinazione con l'art. 64a cpv. 2 LAMal prevede la promozione della procedura esecutiva che, secondo l'art. 78 cpv. 1 Regolamento (CE) n. 987/2009, richiede un titolo esecutivo e quindi l'emanazione di decisione (cfr. n. 4.5.1.2 della Guida dell'Istituzione comune LAMal). Tuttavia, l'art. 105m cpv. 2 OAMal prevede solo la possibilità di una sospensione delle prestazioni. Questa disposizione si applica se la persona assicurata vive in uno Stato membro dell'UE, in Islanda o in Norvegia, con cui la Svizzera non ha concluso un accordo di diritto esecutivo.

Poiché nel nostro caso l'assicurata risiedeva in Francia e non esiste un accordo di recupero

crediti con questo Stato, l'art. 105m cpv. 2 OAMal è applicabile.

Il fatto che debba essere emessa una decisione nel paese di residenza ai sensi dell'art. 105m cpv. 1 OAMal in combinazione con l'art. 64a cpv. 2 LAMal e l'art. 78 del Regolamento (CE) n. 987/2009 non significa che, al di fuori di una tale procedura di esecuzione (che sarebbe il caso dell'art. 105m cpv. 2 OAMal) nessuna decisione possa essere emessa. Queste disposizioni disciplinano la procedura d'esecuzione, non la prescrizione o la perenzione, e quindi non la questione di come il termine di perenzione previsto dall'art. 24 cpv. 1 LPGa sia rispettato.

Secondo Silvia Bucher, dottore in diritto alla quale avevamo chiesto un parere, nella misura in cui l'emissione di una decisione è richiesta per il rispetto di un termine di perenzione, a questo requisito può essere derogato per le persone residenti all'estero solo se la decisione, rispettivamente la notifica di una decisione, sono inammissibili secondo il diritto internazionale pubblico, circostanza questa manifestamente ritenuta dall'assicuratore

La signora Dr. iur. Bucher ha sottolineato che le decisioni possono essere emesse anche nei confronti di persone residenti all'estero; ciò si evince non solo dagli art. 77 e 78 cpv. 1 del Regolamento (CE) n. 987/2009 - in questo caso nell'ambito delle procedure di esecuzione - ma anche, ad esempio, dall'articolo 3 cpv. 4 subcpv. 2 di tale Regolamento. L'articolo 84 cpv. 2 del Regolamento (CE) n. 883/2004 non limita il riconoscimento delle decisioni a quelle già emesse quando l'interessata risiedeva ancora nel paese.

Essa conclude che non è vero che le decisioni relative ai premi assicurativi non possano essere notificate all'estero. Anche se una disposizione di un Accordo internazionale di diritto previdenziale/amministrativo non consentisse tale notifica, essa sarebbe comunque possibile per via diplomatica o consolare (cfr. per esempio DTF 136 V 295 consid. 5.1. pag. 305).

Un tribunale dovrà decidere se il termine di perenzione per la riscossione dei premi dell'assicurazione malattie possa essere rispettato solo emettendo una decisione, ritenuto che l'Ufficio di mediazione e l'assicuratore malattie interessato non sono riusciti a raggiungere un accordo. Detta questione necessita di essere chiarita anche in relazione a fattispecie senza riferimento all'estero.

5.4 Ricezione di prestazioni all'estero

Caso 7

Un'assicurata era in vacanza in Spagna nel periodo dal 1° gennaio 2020 alla fine di febbraio 2020. È dovuta andare in ospedale il 17 febbraio 2020. La degenza nella clinica privata è durata fino al 24 febbraio 2020 e motivo del ricovero sono stati la febbre e la mancanza di respiro. Quando ha presentato tutte le fatture al suo assicuratore malattie obbligatorio in Svizzera, l'assicuratore ha rifiutato di coprire le spese con la motivazione che il trattamento era stato effettuato da un fornitore di servizi di cure private. L'assicurata voleva sapere da noi se il rifiuto del rimborso fosse legale.

Secondo la lettera informativa dell'Ufficio federale della sanità pubblica del 21 gennaio 2015, i fornitori di servizi privati (come una clinica privata) non costituiscono un caso di assistenza alle prestazioni, se non forniscono prestazioni per l'assicurazione malattie sociale. Se la persona assicurata, che soggiorna temporaneamente in uno Stato dell'UE, si è rivolta a un tale fornitore di servizi privato a causa di un'emergenza o per ignoranza, il diritto

svizzero è applicabile. L'assicuratore malattie deve quindi esaminare il caso alla luce dell'art. 36 cpv. 2 OAMal.

Nel caso in esame, si poneva la questione se il concetto di emergenza nel senso dell'art. 36 cpv. 2 OAMal fosse soddisfatto. Secondo la definizione legale, si parla di emergenza quando la persona assicurata necessita di cure mediche durante un soggiorno temporaneo all'estero e un viaggio di ritorno in Svizzera non è appropriato. Casi in cui la persona assicurata si reca all'estero allo scopo di sottoporsi a questo trattamento sono espressamente esclusi dall'obbligo di pagamento.

Gli incarti messi a nostra disposizione mostrano che l'assicurata è stata portata in ospedale in ambulanza. All'ammissione aveva febbre e soffriva di mancanza di respiro. Il soggiorno in ospedale è durato otto giorni. Abbiamo quindi concluso che lo stato di salute della paziente in quel momento era critico e che un viaggio di ritorno in Svizzera non era ragionevole dal profilo medico.

Per questi motivi, abbiamo ritenuto che il concetto di emergenza si fosse realizzato nel caso specifico, per cui siamo intervenuti sull'assicuratore, chiedendogli di riesaminare il diritto alle prestazioni dell'assicurata dal punto di vista dell'art. 36 cpv. 2 e 4 OAMal. L'assicuratore ha poi riesaminato il sinistro e successivamente ha riconosciuto che esistevano le condizioni per un'emergenza nel senso dell'art. 36 OAMal.

5.5 Conseguimento di prestazioni in caso di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal in conformità degli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri dell'UE, con l'integrazione di alcune assicurazioni complementari secondo il diritto svizzero: caso particolare Germania

Caso 8

Un pensionato dell'AVS domiciliato in Germania aveva rinunciato al suo diritto d'opzione e aveva quindi optato per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in Svizzera. Inoltre, egli ha mantenuto le assicurazioni complementari che aveva stipulato anni prima con il suo assicuratore svizzero, in particolare l'assicurazione ospedaliera complementare semi-privata. Voleva sapere da noi se le informazioni fornite dall'assicuratore fossero corrette, secondo le quali aveva diritto solo alle prestazioni legali di assicurazione malattie. Questo significherebbe per lui che se andasse da un medico riconosciuto, il quale, secondo la legge tedesca, accetta solo pazienti privati, il suo assicuratore svizzero non dovrebbe coprire i costi dei servizi forniti in Germania. Considerato che era assicurato su base semi-privata e pagava un supplemento di premio perché viveva in Germania, non può credere che questa informazione dell'assicuratore sia corretta.

In Germania vi sono due sistemi di assicurazione sanitaria. Le assicurazioni malattie private permettono tempi di attesa più brevi per un appuntamento con uno specialista e la scelta del chirurgo in caso di ricovero ospedaliero. Il catalogo delle prestazioni varia da assicuratore a assicuratore e dipende dal premio che l'assicurato è disposto a pagare. Gli assicuratori malattie obbligatori devono coprire le stesse prestazioni per tutti gli assicurati, indipendentemente dall'importo del premio pagato (l'importo del premio dipende dal reddito). Gli assicurati con un'assicurazione malattie pubblica, che desiderano ricevere più prestazioni, possono stipulare un'assicurazione complementare privata.

In Germania, solo i dipendenti pubblici, i lavoratori autonomi, gli studenti (attraverso i loro genitori) e gli impiegati salariati possono stipulare un'assicurazione malattie privata. I dipendenti possono stipulare un'assicurazione malattie privata, a condizione che il loro reddito annuo sia superiore a 62'550 Euro (limite valido per l'anno 2020). Tali categorie di persone possono optare per un'assicurazione privata o stipulare un'assicurazione volontaria con un assicuratore malattie legale.

Per quanto riguarda le prestazioni, solo le persone che sono assicurate con una compagnia di assicurazione privata possono essere curate da un medico privato a spese della loro compagnia di assicurazione. Nel caso delle persone assicurate (volontariamente) per legge, la compagnia di assicurazione malattie non paga alcuna prestazione. Medici privati e i medici a contratto (= medici che fatturano all'assicurazione sanitaria pubblica) applicano tariffe diverse.

Se una persona assicurata in Svizzera necessita di cure mediche in Germania, l'assicurazione malattie obbligatoria copre solo i servizi forniti da medici a contratto tedeschi. Non importa se la persona assicurata vive in Germania o si trova solo temporaneamente in Germania.

Dopo aver spiegato all'assicurato il sistema tedesco, lo abbiamo informato di quanto segue:

L'articolo 17 del Regolamento (CE) 883/2004 stabilisce che una persona assicurata e i membri della sua famiglia nello Stato membro di residenza ricevono le prestazioni in natura dall'istituzione del luogo di residenza secondo la sua legislazione come se fossero loro stessi assicurati lì.

Il diritto alle prestazioni comprende quindi tutte le prestazioni che una persona assicurata dello Stato di residenza può richiedere, come le visite mediche preventive, le cure preventive ambulatoriali, le prestazioni in caso di necessità di assistenza, cure dentarie, ecc. Affinché l'assicuratore svizzero si faccia carico delle spese di cura sostenute nel paese di residenza, la persona assicurata deve cercare un fornitore di servizi autorizzato a fatturare l'assicurazione malattie sociale del paese di residenza. Inoltre la prestazione effettuata deve essere inclusa nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria del paese di residenza.

Se l'assicurato consulta un fornitore privato di assistenza sanitaria o se viene fornita una prestazione che non è elencata nel catalogo delle prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria del paese di residenza, la persona assicurata deve assumersene le spese. In certi casi questi costi possono essere rimborsati da un'assicurazione complementare. Se l'assicuratore svizzero è obbligato a rimborsare le prestazioni erogate da fornitori di servizi privati all'estero dall'assicurazione complementare stipulata dall'assicurato, deve essere valutato, sulla base delle condizioni generali e speciali del contratto d'assicurazione, in ogni singolo caso.

Riassumendo, bisogna ricordare che l'assicurazione ospedaliera complementare semi-privata o privata, che in Svizzera è un completamento all'assicurazione malattie sociale, non ha nulla a che vedere con l'assicurazione sanitaria privata in Germania. Per questo motivo una persona, che è assicurata obbligatoriamente per l'assistenza sanitaria in Svizzera, dovrebbe astenersi, per evitare malintesi, di dire a un fornitore di assistenza sanitaria tedesco che è assicurata privatamente, se non vuole rischiare che l'assicuratore svizzero si rifiuti di coprire i costi. Deve chiarire al fornitore di servizi che è assicurato tramite l'assicurazione sanitaria pubblica in Svizzera e, per esempio, che ha anche stipulato un'assicurazione ospedaliera privata supplementare.

Caso 9

Abbiamo ricevuto ripetutamente richieste da donne incinte che sono assicurate obbligatoriamente in Svizzera e che vorrebbero far nascere il loro bambino in uno stato membro dell'UE. La ragione data da queste donne è che vorrebbero dare alla luce il loro bambino nelle vicinanze del loro partner o della loro famiglia/parente, al fine di poter ricorrere al loro aiuto dopo il parto.

In questo caso specifico l'assicuratore ha rifiutato di coprire i costi della nascita in Germania, sostenendo che la nascita di un bambino non era un evento imprevisto, per cui non si applica l'art. 19 del Regolamento (CE) 883/2004. L'Ufficio federale della sanità pubblica non condivide l'opinione dell'assicuratore. Al contrario pensa che l'art. 19 cpv. 1 del Regolamento (CE) 883/2004 combinato con l'art. 25 cpv. 3 del Regolamento (CE) 987/2009 deve essere interpretato nel senso che le prestazioni in natura fornite in relazione alla gravidanza e al parto sono coperte da queste disposizioni, a condizione che lo scopo della degenza sia, per esempio, ricevere assistenza dai familiari. Fanno eccezione i casi in cui lo scopo della degenza temporanea all'estero è quello di partorire. Questo è il caso, per esempio, se la donna è andata all'estero solo per essere assistita da un luminare nel campo dell'ostetricia.

Dopo aver inviato all'assicuratore il parere dell'Ufficio federale della sanità pubblica, l'assicuratore ha accettato di coprire i costi del parto previsto in Germania, considerato che, nel nostro caso, sia la famiglia della persona assicurata che quella di suo marito non vivono in Svizzera, e lei desiderava solo avvalersi dell'aiuto della sua famiglia dopo la nascita del bambino.

6 Altri casi dalla prassi dell'Ufficio di mediazione relative all'UE/AELS nel corso degli anni precedenti.

Rapporto annuale	n° del caso	Tema
2015	14	"Ticket moderateur" (quota parte del 20% secondo il diritto francese).
2015	16	Nascita pianificata in Germania.
2015	17	Nascita durante un viaggio in battello attorno il mondo.
2016	12	Ricovero in ospedale in Italia – invio della fattura dieci anni più tardi.
2017	12	Italiana residente in Ticino con attività lavorativa in Italia: È applicabile il principio del luogo di lavoro o quello del luogo di residenza.
2017	13	Assicurata con domicilio in Svizzera e beneficiaria di una rendita proveniente dalla Germania vuole esercitare un'attività a tempo parziale, ma teme una doppia assicurazione nell'ambito dell'assicurazione malattie.
2017	14	Ottenimento di prestazioni in uno stato membro dell'Unione europea: pensionato AVS con domicilio in Spagna.
2018	9	Assicurata con domicilio in Francia, affiliata obbligatoriamente all'assicurazione malattie in Svizzera e al beneficio del sussidio per il pagamento dei premi, non dichiara un'attività lucrativa di entità minore: conseguenze.
2018	10	Diritto d'opzione di un'assicurata che si è trasferita in Francia.
2019	11	Assicurata con domicilio nel Canton San Gallo e attività lucrativa nel Principato del Liechtenstein percepisce prestazioni nel paese dove lavora.
2019	12	Frontaliera, in cinta e sposata con un frontaliere assicurato obbligatoriamente in Italia, vuole assicurare il suo futuro bambino – come se stessa – in Svizzera.

Fondazione Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie

Consiglio di fondazione (stato al 31.12.2020):

MOSER Markus	Presidente , Dr. iur.; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vicepresidente , mag. oec. HSG, già membro del Consiglio agli Stati; 7302 Landquart
CHIESA TANNER Gabriella	Dipl. Pharm.; 8806 Bäch SZ
DITTLI Nikolai	CEO della CONCORDIA; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	Lic. en droit. LL.M; 7742 Poschiavo
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I, membro del Consiglio di stato; 1700 Friburgo

Ufficio di Lucerna (stato al 31.12.2020):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Mediatrice , lic. iur., avvocato
BRECHBÜHL Eliane	Dipl. perito in ass. malattie
LORÉTAN Charles	Dipl. perito in ass. malattie
MAETZLER Caroline	MLaw, giurista
MÜLLER INEICHEN Susanne	Lic. iur., avvocato
STOCKER Caroline	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

Internet:

<https://www.om-kv.ch/fr> (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