

2021

Rapporto annuale

Indice

Premessa della mediatrice	3
I Parte generale	5
1 Cifre relative allo sviluppo dei casi	6
1.1 Entrate per materia	7
1.2 Entrate per ramo d'assicurazione	8
1.3 Entrate per lingua	8
1.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione	9
2 Cooperazione con gli assicuratori malattie e le autorità	10
II Casi scelti	11
3 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal	12
3.1 Casi con riferimento alla conclusione del contratto	12
Caso 1 Tempestività della disdetta	12
Caso 2 Lacune assicurative a seguito del diritto europeo di coordinamento	13
3.2 Casi con riferimento ai premi	15
3.2.1 Crediti insoluti e cambio di assicuratore in caso di raggiungimento della maggiore età	15
Caso 3 Assicurati ancora minorenni al 1° gennaio 2024	16
3.2.2 Mancata inclusione della copertura infortuni	16
Caso 4 Prestazioni nonostante premi mancanti e richiesta di pagamento di premi arretrati	16
3.2.3 Problemi tecnici e amministrativi	18
Caso 5 Procedura esecutiva contro l'assicurato sbagliato	18
Caso 6 Dati di pagamento mancanti o errati	18
3.3 Casi con riferimento alle prestazioni	19
3.3.1 Boom delle «iniezioni dimagranti»	19
Caso 7 Ozempic e Wegovy	19

3.3.2 Assegnazione e controllo delle prestazioni	20
Caso 8 Violazione della protezione dei dati in caso di garanzia d'assunzione dei costi	20
Caso 9 Fatturazione errata di una casa di riposo e di cura	21
Caso 10 Riduzione delle prestazioni per cure di base non più consentita	23
4 Assicurazione complementare secondo la LCA	24
4.1 Vuoti contrattuali nell'ambito delle assicurazioni complementari ospedaliere	24
4.2 Soppressione delle prestazioni nell'assicurazione complementare	24
Caso 11 Soppressione delle prestazioni di medicina alternativa	26
4.3 Coordinamento delle prestazioni nell'assicurazione complementare	28
Caso 12 Obbligo di risarcimento in caso di cumulo di assicurazioni	28
4.4 Stanziamento globale di bilancio	29
Caso 13 Quotaparte cantonale scoperta a carico dell'assicuratore complementare?	30
5 Assicurazione d'indennità giornaliera	32
5.1 Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal e la LCA	32
Caso 14 Assicurazione d'indennità giornaliera LAMal: prestazioni dopo la fine del contratto di lavoro	32

Premessa della mediatrice



Susanne Müller Ineichen
Mediatrice

L'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie ha ricevuto anche nel 2024 numerose richieste di vario tipo. In ambito di premi, gli assicurati hanno spesso chiesto consiglio in merito alla normativa entrata in vigore il 1° gennaio 2024, secondo la quale gli assicurati che compiono 18 anni possono cambiare assicuratore alla fine dell'anno civile nonostante i premi arretrati risalenti al periodo in cui erano minorenni. L'Ufficio di mediazione ha ricevuto anche richieste relative all'aumento dei premi di un assicuratore nel corso dell'anno. A causa della sua cattiva situazione finanziaria, l'assicuratore ha dovuto aumentare notevolmente i premi in quattro Cantoni a partire dal 1° settembre 2024 su richiesta dell'Ufficio federale della sanità

pubblica. Nell'ambito delle prestazioni, parallelamente al numero crescente di richieste di garanzia di pagamento presso gli assicuratori malattie, è aumentato il numero di domande relative ai farmaci per la perdita di peso come Ozempic o Wegovy. Un tema ricorrente sono stati anche i casi con implicazioni internazionali, in particolare quelli relativi al diritto di coordinamento UE/AELS. Questo argomento occupa ormai l'Ufficio di mediazione quasi quotidianamente, motivo per cui viene regolarmente approfondito nei rapporti annuali sulla base di esempi selezionati. Un'altra questione frequente nel 2024 è stata quella sulla tempestività della disdetta dell'assicurazione di base. Poiché il 30 novembre 2024 era un sabato, alcune disdette degli assicurati non sono giunte alle casse malati tempestivamente, il che ha impedito il previsto cambio di cassa malati.

Nel settore dell'assicurazione complementare, a partire dall'estate 2024 sono aumentate le richieste da parte dei clienti di un assicuratore complementare che ha soppresso o fortemente limitato l'assunzione dei costi per i trattamenti di medicina alternativa. L'Ufficio di mediazione ha colto l'occasione per esaminare più da vicino nel suo rapporto annuale i requisiti generali per l'assunzione dei costi dall'assicurazione complementare. Un altro tema che ha impegnato intensamente l'Ufficio di mediazione anche nel 2024 è stato quello dei vuoti contrattuali nell'assicurazione complementare ospedaliera per il reparto semiprivato e privato, in particolare nella Svizzera romanda. Molti assicurati hanno espresso il loro disappunto per il fatto di non poter usufruire delle prestazioni assicurate dalle assicurazioni complementari ospedaliere nonostante i premi elevati.

Desidero ringraziare in modo particolare le collaboratrici e i collaboratori dell'Ufficio di mediazione per il loro grande impegno e la loro instancabile dedizione nel chiarire i dubbi e nel trovare soluzioni consensuali nelle controversie. Ringrazio anche gli assicurati e gli assicuratori malattie per la fiducia che ripongono nella nostra istituzione. Un altro ringraziamento va al Consiglio di fondazione per il sostegno e la fiducia che mi ha dimostrato.

Vi auguro una piacevole lettura e interessanti approfondimenti leggendo il rapporto annuale 2024.

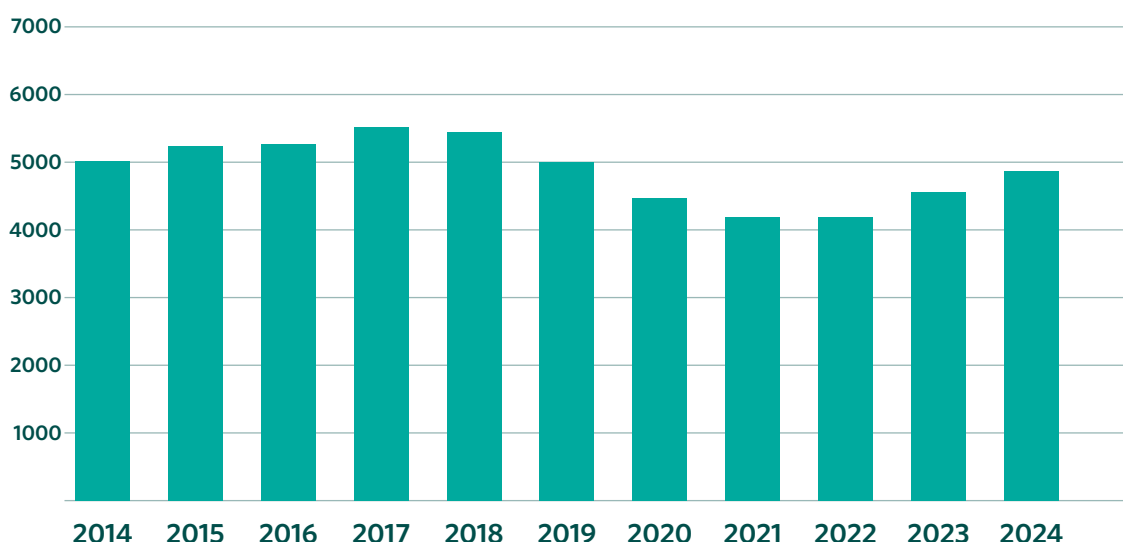
A handwritten signature in black ink, reading "S. Müller Ineichen". The script is cursive and elegant, with the first letter 'S' being particularly large and stylized.

Susanne Müller Ineichen
Mediatrice

I | Parte generale

1 Cifre relative allo sviluppo dei casi

Nel 2024 l'Ufficio di mediazione ha ricevuto un totale di 4834 casi, 274 in più rispetto all'anno precedente (2023: 4560). La tendenza al rialzo delle richieste è quindi continuata anche nel 2024. Le ragioni dell'aumento del numero di casi possono essere ricondotte, da un lato, a un considerevole aumento dei premi per il 2025. D'altro lato, dal 2023 l'Ufficio di mediazione riceve un numero sempre maggiore di richieste per via elettronica. Questo è da ricondurre al nuovo sito web, che da fine novembre 2022 si presenta in una nuova veste. L'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie è più facile da trovare online, il che si riflette sul numero di casi ricevuti.



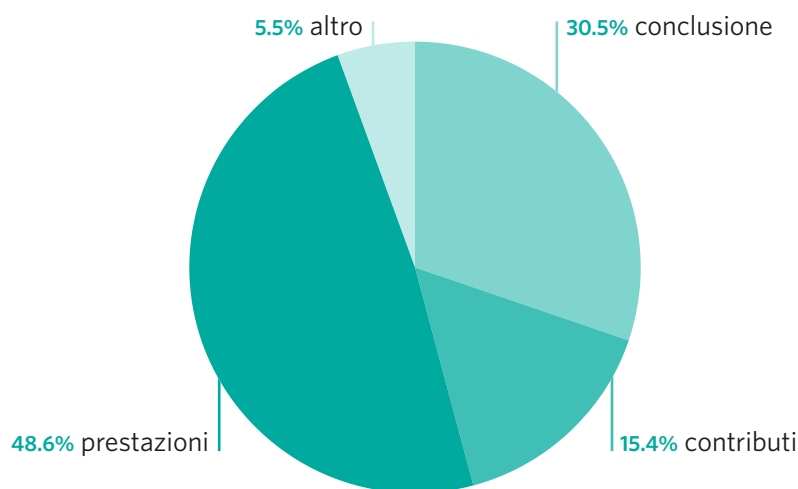
I casi con un riferimento internazionale sono nuovamente aumentati nell'anno in esame. Inoltre, diversi casi ricevuti nel 2024 hanno permesso di dimostrare che l'attuazione del diritto europeo di coordinamento incontra in parte notevoli problemi nella pratica (cfr. a titolo esemplificativo il caso 2). Anche nei casi senza riferimento internazionale, l'Ufficio di mediazione rileva che la complessità delle richieste è in aumento e, parallelamente, anche il carico di lavoro.

Le richieste all'Ufficio di mediazione variano notevolmente in termini di volume e di modalità di documentazione. Si va da richieste di più pagine scritte a mano con numerosi allegati a richieste a volte quasi criptiche. La richiesta più breve ricevuta dall'Ufficio di mediazione nel 2024 è stata: «È complicato, per favore contattatemi», cosa che l'Ufficio di mediazione ha fatto, e il caso ha potuto essere rapidamente chiarito.

Il 1° gennaio 2024 sono entrate in vigore alcune modifiche di leggi e ordinanze in ambito di assicurazione malattie. Una modifica importante è stata la nuova possibilità per i giovani adulti di cambiare assicuratore nonostante i premi arretrati risalenti al periodo in cui erano minorenni. Anche l'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) ha subito diverse modifiche. L'Ufficio di mediazione ha ricevuto numerose richieste in merito all'art. 106c cpv. 5 OAMal, che è stato oggetto di revisione, e che ora consente agli assicuratori di compensare le eccedenze derivanti dalle riduzioni di premio con crediti per i quali esiste un attestato di carenza di beni.

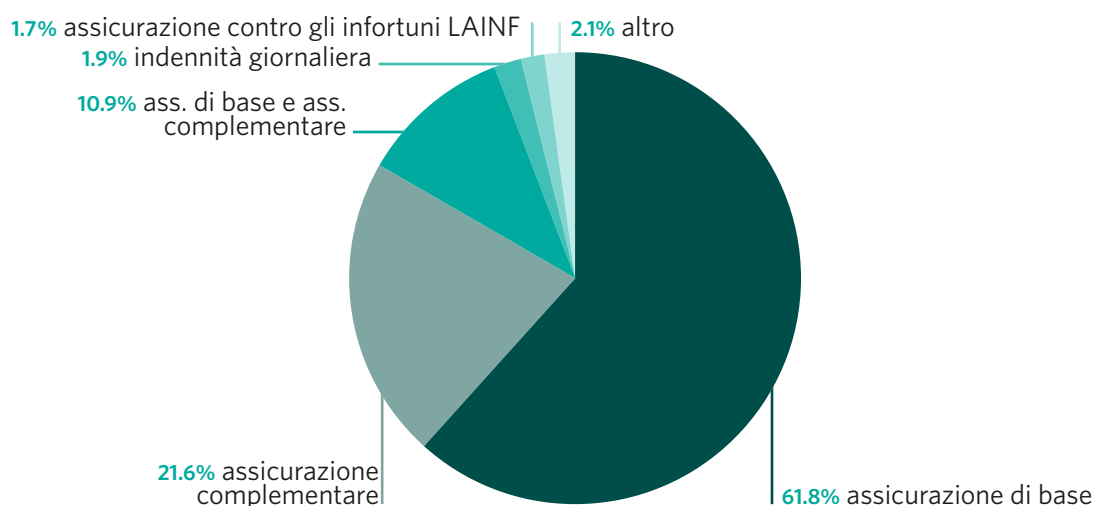
1.1 Entrate per materia

Se si ripartiscono per materia i 4834 casi giunti all'Ufficio di mediazione nel 2024 si ottiene il quadro seguente: 1'475 casi nell'ambito della conclusione dei contratti, che comprende anche il cambiamento di assicurazione (2023: 1353), 743 riguardano i contributi, sotto i cui sono compresi i premi e le partecipazioni ai costi (2023: 725) e 2347 incarti nel settore delle prestazioni assicurative (2023: 2149). I restanti 269 casi riguardavano altre questioni, come ad esempio le domande relative alle riduzioni di premio, alla protezione dei dati, ecc. (2023: 333).



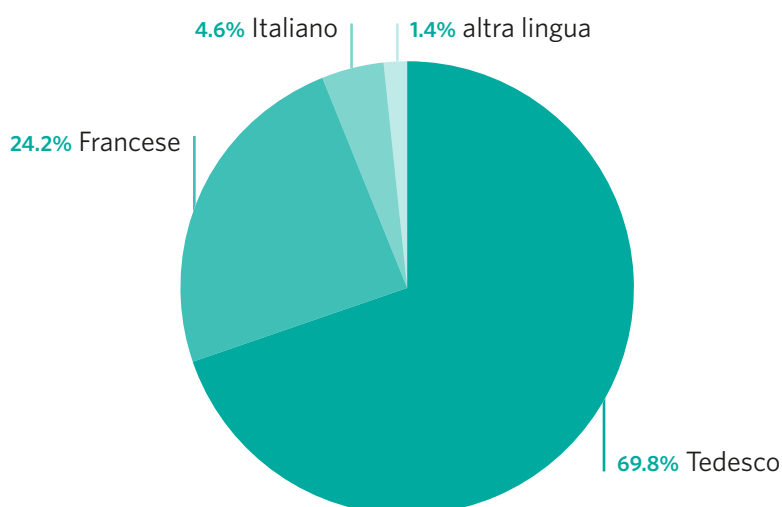
1.2 Entrate per ramo d'assicurazione

2'988 casi riguardavano esclusivamente l'assicurazione di base (2023: 2'716) e 1'042 casi esclusivamente l'assicurazione complementare (2023: 777). In 528 casi, gli assicurati si sono rivolti all'Ufficio di mediazione con richieste su entrambi i tipi di assicurazione (2023: 751). 91 casi attingevano al tema delle indennità giornaliere (2023: 104). In 85 casi le richieste riguardavano l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF, motivo per cui l'Ufficio di mediazione ha indirizzato gli assicurati all'Ombudsman dell'assicurazione privata e della Suva (2023: 80). I rimanenti 100 casi trattavano questioni non legate all'assicurazione malattie, ma per lo più ad altre assicurazioni sociali (AI, AVS, LAINF, AD).



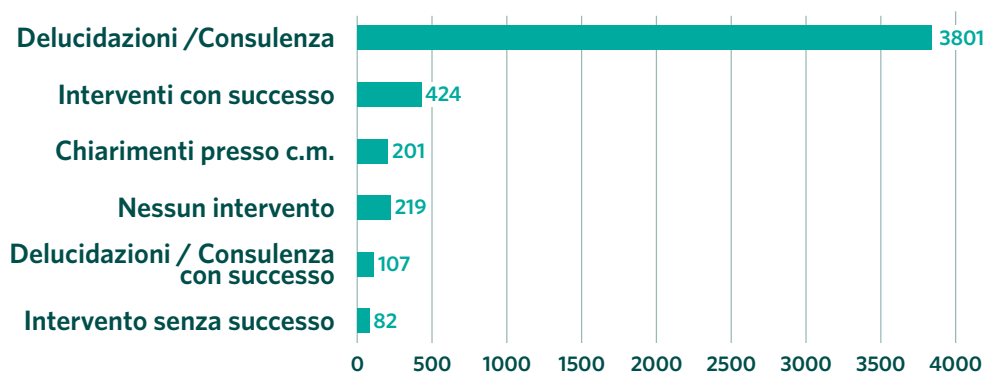
1.3 Entrate per lingua

Sono state registrate 3'374 entrate in tedesco (2023: 3'160), 1'172 in francese (2023: 1'116), 222 in italiano (2023: 225) e 66 in altre lingue, principalmente in inglese (2023: 59).



1.4 Interventi dell'Ufficio di mediazione

In 3801 casi, ovvero nel 78,6% di tutte le richieste, l'Ufficio di mediazione è stato in grado di chiarire le domande degli assicurati o di confermare una decisione presa dall'assicuratore (2023: 3694). In 506 casi l'Ufficio di mediazione ha sottoposto all'assicuratore malattie una domanda di riesame della decisione contestata dall'assicurato (2023: 419) e ha avuto successo in 424 casi (2023: 345), il che corrisponde a un tasso di successo dell'83,8% (2023: 82,3%). In 219 casi l'Ufficio di mediazione si è astenuto dall'intervenire, ad esempio perché era stata emessa una decisione formale e quindi la via legale dell'impugnazione era aperta (2023: 191). In 201 casi, esso si è semplicemente limitato a chiedere all'assicuratore i documenti che la persona assicurata non era stata in grado di fornire per motivi linguistici o di età (2023: 124). In 107 casi, l'Ufficio di mediazione è riuscito a chiarire agli assicurati la situazione giuridica in modo tale che essi stessi sono stati in grado di risolvere con successo il loro problema con l'assicuratore (2023: 132).



2 Cooperazione con gli assicuratori malattie e le autorità

Anche nel 2024 la cooperazione con gli assicuratori malattie è stata molto buona. La grande maggioranza degli assicuratori malattie ha esaminato rapidamente e in modo coscienzioso i nostri scritti con i quali abbiamo sollecitato un intervento. Di norma, l'Ufficio di mediazione ha ricevuto dagli assicuratori una risposta entro tre o quattro settimane al massimo.

Oltre a uno scambio regolare, che avviene con alcuni dei maggiori assicuratori, l'Ufficio di mediazione contatta anche gli assicuratori malattie in modo mirato, se le richieste relative a uno stesso assicuratore iniziano ad aumentare e se non è chiaro se l'assicuratore abbia modificato una prassi interna o abbia apportato modifiche tecniche di sistema o di altro tipo, che potrebbero spiegare l'aumento delle richieste. A questo proposito, è particolarmente utile che le casse malati informino preventivamente l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie, prima di apportare modifiche che hanno un impatto diretto sugli assicurati e che possono creare confusione. Informazioni tempestive consentono all'Ufficio di mediazione di fornire una buona consulenza agli assicurati fin dall'inizio.

L'Ufficio di mediazione coglie l'occasione per ringraziare tutte le persone di riferimento presso gli assicuratori malattie per la collaborazione costruttiva e anche per la disponibilità a venire incontro agli assicurati dimostrata in molti casi, dove giuridicamente era possibile.

Un ringraziamento va anche alle autorità di vigilanza in ambito di assicurazione malattie, ovvero l'UFSP e la FINMA, con le quali si tiene un incontro annuale. Oltre a ciò, queste due autorità sono a disposizione dell'Ufficio di mediazione anche per informazioni specifiche.

II | Casi scelti

3 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal

3.1 Casi con riferimento alla conclusione del contratto

Nel 2024, il 30,5% delle richieste registrate dall'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie riguardavano delle questioni relative alla conclusione di contratti assicurativi, tra le quali figurano ad esempio l'affiliazione all'assicurazione di base o la sua disdetta, nonché i problemi che possono insorgere in caso di cambiamento di assicuratore. Di norma, l'assicurazione di base termina con la disdetta da parte dell'assicurato. Tuttavia, vi sono casi in cui un contratto decade per effetto della legge (in particolare del diritto europeo di coordinamento), come illustrato dal caso 2 riportato di seguito.

Caso 1 Tempestività della disdetta

Nel 2024 l'Ufficio di mediazione ha ricevuto numerose richieste da parte di assicurati che ritenevano di aver disdetto tempestivamente la loro assicurazione di base, ma la cui disdetta non era stata accettata dall'assicuratore.

Conformemente all'art. 7 cpv. 2 LAMal, al momento della notifica dei nuovi premi l'assicurato può, con preavviso di un mese, cambiare assicuratore per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio. Il termine di disdetta è rispettato conformemente alla cosiddetta teoria della ricezione se la disdetta giunge all'assicuratore malattie entro l'ultimo giorno del termine legale durante i normali orari di ufficio (Eugster, in: Commentario basilese alla legge sull'assicurazione malattie e alla legge sulla sorveglianza dell'assicurazione malattie, 2020, n. 11 ad art. 7 LAMal). La disdetta deve quindi pervenire all'assicuratore entro l'ultimo giorno lavorativo del mese di novembre.

Nel 2024 il 30 novembre era un sabato. L'ultimo giorno lavorativo era quindi il 29 novembre. Nei casi in cui la disdetta era giunta alla cassa malati solo sabato 30 novembre 2024 (casella postale) o lunedì 2 dicembre 2024, l'Ufficio di mediazione ha dovuto comunicare agli assicurati che la loro disdetta non aveva avuto effetto giuridico a causa del ritardo.

Lo stesso problema si è presentato anche per gli assicurati che desideravano ridurre la franchigia per l'anno successivo. Conformemente all'art. 94 cpv. 2 OAMal, anche

in questo caso fa fede il termine di cui all'art. 7 cpv. 2 LAMal. Le richieste di riduzione della franchigia giunte all'assicuratore sabato 30 novembre 2024 o solo all'inizio di dicembre 2024 erano anch'esse tardive e quindi senza effetto giuridico. Gli stessi principi valgono anche per l'aumento della franchigia, fermo restando che in questo caso il termine scade l'ultimo giorno lavorativo del mese di dicembre (art. 94 cpv. 2 OAMal a contrario).

L'Ufficio di mediazione ha ricevuto numerose richieste anche da assicurati che avevano inviato la disdetta per e-mail il 29 novembre 2024, ma che era pervenuta all'assicuratore al di fuori dei normali orari di ufficio (ad esempio alle 18:20). Nei casi che ci sono stati sottoposti, gli assicuratori non hanno accettato la disdetta perché giunta al di fuori dei normali orari di apertura. Poiché né la LAMal né l'OAMal si pronunciano sulla questione di quando una disdetta inviata per e-mail debba giungere all'assicuratore per avere effetto giuridico, l'Ufficio di mediazione ha chiesto chiarimenti all'UFSP. Nella sua risposta all'Ufficio di mediazione, quest'ultimo ha sottolineato che, in base al principio di legalità nell'ambito dell'assicurazione malattie sociale, gli assicuratori malattie non possono accettare disdette oltre l'ultimo giorno del termine. Tuttavia, gli assicuratori malattie sono liberi di prolungare l'orario di apertura per le disdette elettroniche (ad es. ricezione entro le ore 23:59 dell'ultimo giorno del termine, ovvero nel 2024 entro il 29 novembre 2024 alle ore 23:59). Tali tempi di accettazione più lunghi devono tuttavia essere stabiliti nel regolamento e applicati in modo uniforme a tutti gli assicurati in base al principio della parità di trattamento.

Suggerimento: Per garantire che la disdetta giunga all'assicuratore tempestivamente, l'Ufficio di mediazione raccomanda di inviare la disdetta dell'assicurazione di base entro e non oltre la metà di novembre e, a titolo probatorio, tramite raccomandata. In questo modo si evitano discussioni sulla validità giuridica di una disdetta e la spiacevole situazione di non sapere all'inizio dell'anno se si è ancora assicurati presso la cassa malati precedente o presso quella nuova. A titolo precauzionale, l'Ufficio di mediazione fa notare che nel 2025 l'ultimo giorno lavorativo è il 28 novembre.

Caso 2 Lacune assicurative a seguito del diritto europeo di coordinamento

Nel 2024 l'Ufficio di mediazione ha ricevuto diverse richieste da parte di genitori di giovani assicurati senza attività lavorativa residenti in Francia che, in virtù dell'attività lucrativa dei genitori in Svizzera, erano assicurati presso casse malati svizzere e registrati in Francia con il modulo S1 per l'assistenza reciproca internazionale. In alcuni casi, solo anni dopo aver compiuto 20 anni, hanno ricevuto la comunicazione che la loro assicurazione di base svizzera sarebbe stata revocata con effetto retroattivo al compimento del 20° anno di età.

I familiari non esercitanti un'attività lavorativa sono soggetti alle stesse disposizioni giuridiche della persona esercitante, conformemente alle norme europee in materia di coordinamento (Regolamento n. 883/2004, allegato XI «Svizzera», cifra 3 lett. an.iv).

Se entrambi i genitori (o il genitore che detiene l'autorità parentale esclusiva) sono frontalieri soggetti al diritto svizzero in materia di assicurazioni sociali, senza aver optato per l'assicurazione malattie francese, i figli devono essere assicurati in Svizzera insieme ai genitori fino a quando non esercitano un'attività lucrativa e sono quindi considerati familiari a carico. Per la definizione di familiari, l'art. 1 lett. i) del Regolamento n. 883/2004 rinvia al diritto dello Stato di residenza. Secondo il diritto francese, sono considerati familiari solo le persone fino al compimento del 20° anno di età. Successivamente, essi sono soggetti (a titolo di persone che non esercitano un'attività lucrativa) al diritto della sicurezza sociale e quindi anche all'obbligo di assicurazione malattie nello Stato di residenza, ossia in Francia.

Il caso seguente illustra in modo esemplare la problematica che ne deriva:

Una frontiera che lavorava a Ginevra e viveva in Francia era assicurata da anni presso una cassa malati svizzera insieme ai suoi gemelli non esercitanti un'attività lucrativa. Tre anni dopo che i gemelli avevano compiuto 20 anni, la madre ha ricevuto dalla cassa malati la comunicazione che i gemelli non potevano più essere assicurati con lei a partire dall'età di 20 anni e che l'assicurazione sarebbe stata revocata con effetto retroattivo, poiché secondo il diritto francese le persone di età superiore ai 20 anni non sono più considerate familiari che non esercitano un'attività lucrativa. L'assicuratore ha chiesto alla madre il rimborso retroattivo delle prestazioni versate per i due figli, al netto dei premi pagati. Poiché uno dei figli aveva usufruito di prestazioni considerevoli in Svizzera, il rimborso netto ammontava a fr. 18 522.45. Da parte sua, l'assicuratore francese (CPAM) non era disposto ad assicurare i gemelli con effetto retroattivo a partire dal loro 20° anno di età. Anche se così fosse stato, la CPAM avrebbe potuto rifiutare la copertura delle prestazioni ricevute in Svizzera con l'obiezione che si trattava di cure programmate in Svizzera che non erano state preventivamente autorizzate – come richiesto – con il modulo S 2.

L'Ufficio di mediazione ha contattato l'assicuratore chiedendogli di rinunciare alla revoca retroattiva dell'assicurazione, rispettivamente alla richiesta di pagamento dell'importo di fr. 18 522.45. L'errore originario era effettivamente imputabile alla CPAM che, al compimento del 20° anno di età dei gemelli, avrebbe dovuto segnalare immediatamente all'assicuratore svizzero la cessazione dell'iscrizione all'assistenza reciproca internazionale compilando il modulo S018. Tuttavia, poiché l'assicuratore era già da tempo confrontato con casi simili in Francia, avrebbe dovuto essere chiaro anche ad esso che i familiari residenti in Francia e non esercitanti un'attività lucrativa non erano più soggetti all'obbligo assicurativo in Svizzera al compimento del 20° anno di età. In qualità di assicuratore, disponeva inoltre delle date di nascita dei suoi assicurati, motivo per cui, secondo l'Ufficio di mediazione, avrebbe potuto informare gli assicurati dell'obbligo assicurativo che cessava in Svizzera al compimento del 20° anno di età e dell'obbligo di concludere una nuova assicurazione in Francia. Poiché l'assicuratore ha continuato a inviare le fatture dei premi anche dopo il 20° compleanno dei gemelli, la madre poteva legittimamente presumere che essi fossero ancora soggetti all'obbligo assicurativo in Svizzera. La DTF 143 V 341 consid. 5.2.1 può essere applicata per analogia alla fattispecie in esame. Poiché inoltre non era cambiata alcuna circostanza

(ad eccezione dell'età), non si poteva rimproverare agli assicurati una collaborazione insufficiente, tanto più che in situazioni giuridiche così complesse sono in primo luogo gli assicuratori a disporre delle necessarie conoscenze specialistiche. L'assicuratore svizzero ha comunicato all'Ufficio di mediazione che rinunciava alla richiesta di rimborso dell'importo di fr. 18'522.45, il che equivaleva di fatto al mantenimento dell'assicurazione fino all'ammissione dei gemelli all'assicurazione sociale francese.

A causa del gran numero di richieste relative alla problematica sopra citata, l'Ufficio di mediazione ha chiesto anche all'UFSP come si possa evitare il verificarsi di tali lacune, soprattutto considerando che l'obiettivo della normativa europea in materia di coordinamento è proprio quello di garantire il coordinamento tra i diversi sistemi giuridici nazionali, in modo da evitare che gli assicurati siano assicurati a doppio o non lo siano affatto. L'UFSP ha comunicato all'Ufficio di mediazione che, a suo avviso, in tali casi si dovrebbe cercare di effettuare i cambiamenti solo con effetto per il futuro.

Suggerimento: In casi di portata internazionale, è importante che gli assicurati comunichino immediatamente al proprio assicuratore qualsiasi cambiamento delle circostanze (ad es. nuova percezione di una rendita, cessazione dell'attività lucrativa, trasferimento della residenza in un altro Paese, ecc.) o si informino preventivamente presso l'assicuratore in merito alle conseguenze giuridiche di un cambiamento delle circostanze effettive.

3.2 Casi con riferimento ai premi

Anche nell'anno d'esercizio 2024, l'Ufficio di mediazione ha ricevuto numerose domande relative al nuovo significativo aumento dei premi previsto per il 2025. L'aumento più elevato (del premio medio dell'assicurazione di base per tutte le classi di età) è stato registrato nel Cantone Ticino con il 10,5%, seguito dal Cantone Glarona con il 9,2% e dal Cantone Giura con l'8,9%.

Le persone interessate dal precitato aumento dei premi per il 1° settembre 2024 hanno chiesto all'Ufficio di mediazione se tale procedura fosse ammissibile. L'Ufficio di mediazione ha spiegato loro che l'UFSP, in qualità di autorità di vigilanza sugli assicuratori di base, può ordinare un aumento dei premi a titolo di provvedimento di vigilanza conservativo ai sensi dell'art. 38 cpv. 2 lett. g LVAMal, e che nel caso dell'assicuratore in questione lo ha fatto con effetto dal 1° settembre 2024. Ha inoltre informato gli assicurati che, conformemente all'art. 7 cpv. 2 LAMal, hanno diritto di disdire il contratto anche in caso di adeguamento dei premi nel corso dell'anno e che la disdetta deve giungere all'assicuratore entro e non oltre il 31 luglio 2024.

3.2.1 Crediti insoluti e cambio di assicuratore in caso di raggiungimento della maggiore età

Numerosi assicurati hanno appreso dai media della possibilità per i giovani assicurati di cambiare assicuratore a partire dal 2024, nonostante i debiti accumulati durante la minore età. L'Ufficio di mediazione ha tuttavia dovuto disilludere alcune persone che avevano chiesto una consulenza, poiché della nuova regolamentazione beneficiano solo gli assicurati che al 1° gennaio 2024 erano ancora minorenni (cfr. disposizione transitoria relativa alla modifica del 18 marzo 2022, cpv. 2). Le persone che al 1° gennaio 2024 erano già maggiorenni non possono beneficiare della nuova normativa. Per loro continua a valere l'art. 64a cpv. 6 LAMal. Il cambiamento di assicuratore è quindi possibile solo se tutti i debiti arretrati relativi ai premi e alle partecipazioni ai costi risalenti al periodo di minor età (compresi gli interessi di mora e le spese di esecuzione) sono stati pagati.

L'assicurata nel caso seguente era ancora minorenne al 1° gennaio 2024 e beneficiava quindi della nuova regolamentazione.

Caso 3 Assicurati ancora minorenni al 1° gennaio 2024

A un'assicurata che ha raggiunto la maggiore età il 21 marzo 2024 e che ha chiesto informazioni sulla possibilità di cambiare assicuratore per il 2025 nonostante gli importi in sospeso dal periodo di minor età, l'Ufficio di mediazione ha fornito le seguenti indicazioni:

I nuovi art. 61a e 64 cpv. 1bis LAMal stabiliscono chi è debitore dei premi e delle partecipazioni ai costi dei figli. Secondo queste due disposizioni, i premi e le partecipazioni ai costi dei figli sono dovuti esclusivamente dai genitori fino alla fine del mese in cui questi diventano maggiorenni. I figli non possono essere chiamati a rispondere di questi premi e partecipazioni ai costi nemmeno una volta raggiunta la maggiore età. Un'esecuzione avviata a tale scopo nei loro confronti è nulla.

Il 1° gennaio 2024 è entrato in vigore anche il nuovo art. 64a cpv. 7bis LAMal. In base a tale disposizione, gli assicurati che diventano maggiorenni possono, in deroga all'art. 64a cpv. 6 LAMal, cambiare assicuratore alla fine dell'anno civile anche se vi sono premi, partecipazioni ai costi, interessi di mora o spese di esecuzione in arretrato risalenti al periodo della loro minore età.

L'Ufficio di mediazione ha consigliato all'assicurata di fare attenzione a non generare (nuovi) premi arretrati a partire da aprile 2024, poiché questi le sarebbero stati imputati. Allo stesso modo, le partecipazioni ai costi per le cure a partire dal 1° aprile 2024 (fine del mese in cui ha raggiunto la maggiore età) in arretrato sarebbero state considerate come suoi debiti. Entrambi questi elementi potrebbero impedirle di cambiare assicuratore. Anche gli interessi di mora per gli importi arretrati a partire da aprile 2024 devono essere pagati affinché il cambio di assicuratore possa avvenire per il 2025.

3.2.2 Mancata inclusione della copertura infortuni

Caso 4 Prestazioni nonostante premi mancanti e richiesta di pagamento di premi arretrati

Nel 2016 un assicurato ha avviato un'attività indipendente. In precedenza aveva lavorato come dipendente ed era quindi assicurato contro gli infortuni tramite il suo datore di lavoro. Dopo aver intrapreso l'attività indipendente, non ha stipulato un'assicurazione infortuni facoltativa ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAINF né ha revocato la sospensione della copertura infortuni presso il suo assicuratore malattie, nonostante fosse stato informato in tal senso dal suo datore di lavoro. Nel 2024 egli ha subito una grave lesione alla gamba e ha dovuto essere ricoverato in ospedale. Durante la degenza in ospedale, l'assicurato ha contattato il suo assicuratore malattie, il quale gli ha comunicato che l'infortunio era coperto, ma che doveva pagare retroattivamente i premi dovuti dalla fine della copertura LAINF nel 2016. L'assicuratore malattie ha assunto i costi delle cure e ha successivamente fatturato all'assicurato la franchigia, l'aliquota percentuale e il contributo ospedaliero a titolo di partecipazione ai costi. L'assicurato si è rivolto all'Ufficio di mediazione lamentando che, da un lato, aveva dovuto pagare i premi con effetto retroattivo e, dall'altro, aveva ricevuto dalla cassa malati una fattura di importo elevato per la partecipazione ai costi. Inoltre, a sua conoscenza, l'assicuratore poteva richiedere il pagamento dei premi per il rischio infortuni solo per gli ultimi cinque anni.

L'Ufficio di mediazione ha comunicato all'assicurato che, conformemente all'art.8cpv.2 LAMal, gli infortuni sono coperti dalla cassa malati non appena la copertura dell'infortunio giusta la LAINF cessa in tutto o in parte. L'assicurato era quindi coperto dalla sua cassa malati per gli infortuni a partire dal 2016, anche se non aveva incluso gli infortuni nella copertura e di conseguenza non aveva pagato alcuna aliquota di premio per il rischio infortuni.

Per quanto riguarda il pagamento dei premi arretrati a partire dal 2016, l'Ufficio di mediazione ha confermato all'assicurato che la sua supposizione era corretta. L'art.10 cpv. 2 LAMal prevede infatti che la persona assicurata che, nonostante l'informazione da parte del datore di lavoro, non include la copertura dell'infortunio, è tenuta a versare all'assicuratore l'aliquota di premio corrispondente alla copertura infortunio, inclusi gli interessi di mora, dal momento della cessazione della copertura secondo la LAINF. Secondo la dottrina, tuttavia, una richiesta di pagamento retroattivo dovrebbe essere ammessa solo entro i limiti del termine di perenzione di cinque anni previsto per i contributi all'art. 24 cpv. 1 LPGa. L'Ufficio di mediazione ha consigliato all'assicurato di rivolgersi all'assicuratore con riferimento alla disposizione sopra citata e di chiedere l'annullamento della richiesta di pagamento dei premi per gli anni dal 2016 al 2018 compreso.

Per quanto riguarda le spese di cura relative all'infortunio, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni previste in caso di malattia, conformemente all'art. 1a cpv. 2 lett. b LAMal in relazione all'art. 28 LAMal. Ciò significa che, in caso di infortunio, la cassa malati può addebitare, tra l'altro, la

franchigia, che nel caso dell'assicurato era pari a fr. 2500 e non era ancora stata utilizzata in assenza di altre prestazioni.

Suggerimento: Dopo aver cessato un'attività dipendente (con o senza successiva attività indipendente), al momento del pensionamento o dopo l'esaurimento dell'indennità di disoccupazione, è consigliabile comunicare entro 30 giorni al proprio assicuratore malattie che il rischio di infortunio deve essere nuovamente incluso.

3.2.3 Problemi tecnici e amministrativi

L'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie riceve ogni anno numerose richieste relative a problemi di sistema di determinati assicuratori malattie che comportano conseguenze spiacevoli per gli assicurati. Il seguente esempio è rappresentativo di uno di questi casi.

Caso 5 Procedura esecutiva contro l'assicurato sbagliato

Un assicurato era sotto curatela. Sua sorella, sposata, era la sua curatrice. L'assicurato, sua sorella e il marito di quest'ultima erano assicurati presso la medesima cassa malati. L'assicurato beneficiava di una riduzione totale dei premi e non doveva quindi più pagare alcun premio. Per le partecipazioni ai costi aveva attivato un sistema di addebito diretto. La coppia, dal canto suo, pagava i premi annuali in anticipo. Nel 2023 al marito è stata notificata un'esecuzione per delle partecipazioni ai costi del cognato. Per evitare ulteriori azioni legali, egli ha pagato l'importo escusso di fr. 586.30, comprese le spese di esecuzione, ma con lettera del 19 settembre 2023 ha chiesto il rimborso dell'importo pagato e il chiarimento della questione. La cassa malati si è scusata con lettera del 12 dicembre 2023 e ha comunicato al marito che era stato escusso per errore. Gli sarebbe stato rimborsato l'importo di fr. 586.30, dedotte le spese di esecuzione di fr. 45.30, che sarebbero state a suo carico. Non avendo ancora ricevuto il rimborso promesso nel marzo 2024, l'assicurato si è rivolto all'Ufficio di mediazione.

L'Ufficio di mediazione si è rivolto all'assicuratore chiedendo spiegazioni sul motivo per cui il cognato fosse stato escusso per delle partecipazioni ai costi dell'assicurato. Ha inoltre richiesto il rimborso dell'importo di fr. 586.30 senza detrazione delle spese di esecuzione. Nella sua risposta all'Ufficio di mediazione, la cassa malati ha spiegato che due problemi informatici avevano causato questa situazione: l'addebito sul conto dell'assicurato era stato erroneamente annullato e inoltre il cognato era stato registrato dal sistema come debitore dei premi dell'assicurato. L'assicuratore ha rimborsato al cognato l'intero importo di fr. 586.30 e corretto i dati nel sistema informatico.

Anche da parte degli assicurati non sempre tutto avviene correttamente. L'Ufficio di mediazione riceve spesso casi in cui gli assicurati effettuano i pagamenti dei premi e delle partecipazioni ai costi, ma ricevono comunque solleciti o addirittura precetti esecutivi. Dagli accertamenti effettuati presso gli assicuratori malattie emerge spesso che

gli assicurati non hanno utilizzato i bollettini di versamento corretti o che mancano le informazioni necessarie. Anche nel caso seguente si è verificata la stessa situazione.

Caso 6 Dati di pagamento mancanti o errati

Un'assicurata si è rivolta all'Ufficio di mediazione segnalando di aver ricevuto il 13 maggio 2024 una diffida ingiustificata dal suo assicuratore, dopo che nel 2023 le erano già state inviate due diffide altrettanto ingiustificate. Una procedura di esecuzione avviata nei suoi confronti nel 2023 era stata ritirata solo dopo che lei aveva minacciato di adire le vie legali. Le diffide e le esecuzioni avrebbero danneggiato la sua reputazione, poiché lavorava come presidente del tribunale in questione. Pagava sempre i premi assicurativi suoi e dei figli tramite ordine permanente. In parte, il suo compagno riceveva dall'assicuratore rimborsi sul conto comune per importi presumibilmente pagati in eccesso.

In risposta alla lettera di intervento dell'Ufficio di mediazione, l'assicuratore ha comunicato di aver constatato che gran parte dei pagamenti effettuati dall'assicurata non riportavano alcuna causale e che l'importo dei versamenti non corrispondeva in parte ai premi dovuti. Di conseguenza, non era sempre stato possibile attribuire correttamente i versamenti, motivo per cui erano stati effettuati diversi rimborsi. L'assicuratore aveva precisato che era necessario utilizzare il numero di riferimento della fattura QR per poter attribuire in modo univoco i pagamenti in entrata. I pagamenti in entrata non chiaramente attribuibili sarebbero stati compensati con la posta contabile scoperta scaduta prima, conformemente all'art. 87 cpv. 1 CO. L'assicuratore ha quindi effettuato delle registrazioni di rettifica, sottolineando tuttavia che ciò ha comportato per lui un notevole dispendio di tempo e risorse. L'assicurata ha quindi integrato gli ordini permanenti con i nomi dei membri della famiglia e i loro numeri di assicurato. Successivamente, i pagamenti sono stati assegnati correttamente.

Suggerimento: Affinché i pagamenti effettuati dagli assicurati possano essere correttamente contabilizzati dall'assicuratore, è necessario utilizzare la polizza di versamento inviata dalla cassa. Poiché l'Ufficio di mediazione ha riscontrato diversi casi in cui i pagamenti effettuati con ordine permanente non possono essere correttamente attribuiti dall'assicuratore, raccomanda di rivolgersi immediatamente all'assicuratore in caso di problemi di questo tipo.

3.3 Casi con riferimento alle prestazioni

3.3.1 Boom delle «iniezioni dimagranti»

Caso 7 Ozempic e Wegovy

Parallelamente all'aumento delle domande di garanzia d'assunzione dei costi presso gli assicuratori malattie per farmaci come Ozempic e Wegovy – efficaci contro il dia-

bete di tipo 2 e il sovrappeso – sono aumentate anche le richieste in merito all'Ufficio di mediazione. Mentre all'inizio del 2024 sono stati segnalati soprattutto casi riguardanti Ozempic (prescritto in uso off-label per la perdita di peso, poiché Ozempic è previsto nell'elenco delle specialità [ES] per i pazienti affetti da diabete di tipo 2), a seguito delle difficoltà di approvvigionamento di Ozempic le richieste si sono poi spostate verso Wegovy. Quest'ultimo è stato inserito nell'ES il 1° marzo 2024. Nei casi sottoposti all'Ufficio di mediazione, gli assicurati avevano ricevuto dalla cassa malati un rifiuto di assunzione dei costi, la cui correttezza è stata confermata dall'Ufficio di mediazione nella maggior parte dei casi. Tuttavia, per una migliore comprensione, l'Ufficio di mediazione ha dovuto fornire agli assicurati ulteriori informazioni.

Molti pazienti affetti da diabete di tipo 2 che desideravano passare a Wegovy a causa delle difficoltà di approvvigionamento di Ozempic non soddisfacevano i requisiti previsti dall'ES per Wegovy. Conformemente all'ES, Wegovy è rimborsabile ai pazienti affetti da diabete di tipo 2 solo se non sono stati pretrattati con un agonista del recettore del GLP-1 oltre a quello utilizzato per la riduzione del peso. Come Wegovy, anche Ozempic contiene il principio attivo semaglutide, che appartiene alla classe degli agonisti del recettore del GLP-1.

Nel caso di rifiuti d'assunzione dei costi per Wegovy nei pazienti non diabetici, il motivo era spesso dovuto al fatto che il BMI degli assicurati era inferiore a 35.

A partire dal 1° gennaio 2024, i rifiuti nell'ambito di un uso off-label di Ozempic e Wegovy da parte delle casse malati erano inoltre giustificati, poiché l'UFSP aveva imposto uno sconto di prezzo dei farmaci a partire dal 1° gennaio 2024. Il fabbricante Novo Nordisk Pharma AG non era tuttavia disposto ad accettare tale sconto di prezzo. In questi casi, l'Ufficio di mediazione ha potuto solo consigliare agli assicurati di rivolgersi al medico curante per discutere una terapia alternativa coperta dall'assicurazione.

3.3.2 Assegnazione e controllo delle prestazioni

Nell'ambito di una domanda di garanzia d'assunzione dei costi si è verificata una grave violazione della protezione dei dati, come dimostra il caso 8.

Caso 8 Violazione della protezione dei dati in caso di garanzia d'assunzione dei costi

Un'assicurata è insegnante di scuola elementare e come tale è impiegata presso il Comune X. Ha dovuto sottoporsi a un intervento chirurgico, ma non lo aveva ancora comunicato al suo datore di lavoro, poiché la data dell'intervento non era ancora stata fissata. Un giorno è stata convocata improvvisamente nell'ufficio del direttore della scuola, il quale le ha comunicato che non avrebbe ricevuto lo stipendio per il periodo di inabilità al lavoro conseguente all'intervento di chirurgia estetica al seno. Al termine del colloquio le ha presentato un documento da firmare, con cui avrebbe dovuto confermare la rinuncia al salario, ma l'assicurata si è rifiutata.

Sulla base dei documenti presentati dall'assicurata all'Ufficio di mediazione, è avvenuto quanto segue: Il 19 agosto 2024, il medico curante ha inviato alla cassa malati

dell'insegnante una richiesta di garanzia d'assunzione dei costi per una ricostruzione mammaria bilaterale mediante trasferimento microchirurgico di tessuto libero dalla coscia su entrambi i lati, che la cassa malati ha respinto con lettera del 26 agosto 2024 indirizzata al medico. Nella lettera si leggeva:

La ricostruzione mammaria bilaterale prevista mediante trasferimento microchirurgico di tessuto libero dalla coscia su entrambi i lati non rientra nelle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le informazioni mediche ricevute non comprovano un disturbo con valore di malattia nel senso giuridico. Per questi motivi non possiamo partecipare alle spese.

La cassa malati ha trasmesso una copia del rifiuto d'assunzione delle spese al Comune X, violando gravemente le norme sulla protezione dei dati. Dopo che tre persone dell'ufficio del personale del Comune sono venute a conoscenza del contenuto della lettera, una di loro ha inoltrato il rifiuto d'assunzione delle spese alla direzione della scuola.

Dopo questo incidente relativo alla protezione dei dati, l'assicurata si è rivolta indignata alla sua cassa malati chiedendo una spiegazione scritta dei fatti e una presa di posizione del medico di fiducia. Ella ha inoltre fatto valere che la sua credibilità nei confronti del datore di lavoro aveva subito un grave danno a causa dell'indiscrezione. L'assicuratore le ha quindi presentato delle scuse verbali, indicando che la causa era da ricercarsi in un problema informatico. Successivamente, il medico ha presentato una richiesta di riconsiderazione, invitando l'assicuratore a esaminare attentamente la storia clinica dell'assicurata, che nel 2005 aveva avuto un tumore al seno con mastectomia bilaterale e ricostruzione. La richiesta di riesame è stata accolta dalla cassa malati con lettera dell'11 settembre 2024.

Poiché l'assicuratore non aveva preso posizione su tutti i punti contestati dall'assicurata, ella si è rivolta all'Ufficio di mediazione, che ha contattato l'assicuratore chiedendo spiegazioni su come si fosse potuta verificare una così grave violazione della protezione dei dati. Ha fatto valere che la divulgazione di dati personali degni di particolare protezione ai sensi dell'art. 5 lett. c cifra 2 LPD al Comune X e all'autorità scolastica non era in alcun modo coperta dall'art. 84a LAMal. Si configurava inoltre una violazione dell'art. 33 LPGa, punibile anche penalmente in conformità dell'art. 54 cpv. 1 lett. d in relazione al cpv. 2 LVAMal.

A causa della gravità della lesione della personalità e della perdita di credibilità nei confronti del datore di lavoro, l'Ufficio di mediazione ha inoltre chiesto alla cassa malati interessata di valutare la possibilità di concedere un'indennità a titolo di riparazione morale. Ha motivato tale richiesta con il fatto che, conformemente all'art. 78a LAMal in relazione all'art. 78 cpv. 1 LPGa, l'assicuratore è responsabile, tra l'altro, per i danni causati illecitamente a un assicurato dai singoli funzionari. Conformemente all'art. 78 cpv. 4 LPGa, sono applicabili, tra l'altro, gli art. 3 a 9 LResp. L'art. 6 cpv. 2 LResp prevede che in caso di lesione illecita della personalità e di colpa del funzionario, sussiste il diritto al versamento di una somma a titolo di riparazione morale, quando

la gravità dell'offesa lo giustifichi e non sia possibile ripararla in altro modo. Secondo l'Ufficio di mediazione, tali presupposti erano tutti soddisfatti.

Nella sua risposta all'Ufficio di mediazione l'assicuratore ha chiesto all'assicurata di sostanziare la sua richiesta di riparazione morale, cosa che quest'ultima ha fatto. Alla chiusura di redazione del presente rapporto annuale la risposta della cassa malati non era ancora pervenuta, benché il caso sia in sospenso da tempo.

Caso 9 Fatturazione errata di una casa di riposo e di cura

Un'assicurata viveva in una casa per anziani annessa a una casa di riposo e di cura nel Cantone X. Ella contestava che le partecipazioni ai costi fatturate dalla sua cassa malati non fossero corrette, poiché le prestazioni Spitex fatturate dalla casa di riposo e di cura (nel sistema del terzo pagante) non erano state fornite. Ella non aveva mai richiesto direttamente tali prestazioni né le aveva mai fatte prescrivere dal suo medico di famiglia di lunga data. L'assicurata si è rifiutata di pagare le partecipazioni ai costi e ha ricevuto diversi solleciti e promemoria di pagamento. Per amore della pace, ha infine pagato gli importi contestati.

La figlia dell'assicurata non era d'accordo e ha contattato nuovamente l'assicuratore. Su consiglio di quest'ultimo, la figlia ha chiesto alla casa di riposo e di cura di consegnarle la cartella clinica. Sebbene nel periodo compreso tra il 19 luglio 2023 e il 16 giugno 2024 fossero state emesse dodici fatture dalla casa di riposo e di cura per un importo complessivo di fr. 988.35, nella cartella clinica non figurava quasi nessuna indicazione sulle prestazioni fornite. Inoltre, l'assicurata non aveva mai ricevuto copia delle fatture.

La figlia si è infine rivolta all'Ufficio di mediazione per chiedere supporto. Al fine di verificare la correttezza delle partecipazioni ai costi, esso ha chiesto all'assicuratore, conformemente all'art. 56 cpv. 2 lett. b LAMal, di riesaminare le prestazioni, di richiedere al fornitore di prestazioni l'eventuale importo pagato in eccesso e di ricalcolare le partecipazioni ai costi dell'assicurata. L'Ufficio di mediazione ha anche presentato all'assicuratore un rapporto del medico di famiglia datato 27 febbraio 2024, redatto su richiesta della figlia. In esso il medico di famiglia spiegava di aver ricevuto nel 2022 una prescrizione dal fornitore di prestazioni che avrebbe dovuto firmare. Ritenendo che il tempo in minuti indicato fosse eccessivo, aveva rifiutato di firmare. Successivamente era stato contattato telefonicamente da una collaboratrice della casa di riposo e di cura, la quale gli aveva comunicato che i tempi indicati nella prescrizione erano i limiti massimi che potevano essere necessari. Era importante che i medici confermassero i tempi massimi, perché se i minuti prescritti fossero stati troppo pochi e fosse stato necessario un tempo maggiore, ciò avrebbe complicato l'elaborazione con la conseguenza che i rimborsi delle casse malati avrebbero subito ritardi. Pertanto, nel gennaio 2023, egli ha firmato la prescrizione nella speranza che fossero fornite solo le prestazioni di cure assolutamente necessarie.

L'assicuratore ha risposto all'Ufficio di mediazione di aver richiesto al fornitore di prestazioni di completare la documentazione. Una volta ricevuta, questa è stata sottoposta a una verifica interna. Sono state inoltre incluse nella verifica anche le fatture relati-

ve ai mesi di aprile e maggio 2022. Per quanto riguarda alcune prestazioni fatturate, è stato riscontrato che queste non erano conformi alle «aliquote tariffali RAI» (sistema di classificazione delle necessità di cura utilizzato principalmente nella Svizzera francese). Alla casa di cura sono stati versati fr. 410.36 in eccesso. Quest'ultima è stata invitata a correggere le fatture. La partecipazione ai costi dell'assicurata sarà adeguata di conseguenza.

Suggerimento: L'art. 42 cpv. 3 LAMal prevede che i fornitori di prestazioni nel sistema del terzo pagante (il fornitore invia la fattura direttamente alla cassa malati) debbano inviare una copia della fattura all'assicurato. Ciò consente agli assicurati di controllare la fattura e le prestazioni fatturate dal fornitore di prestazioni. Se, contrariamente a quanto previsto dalla legge, gli assicurati non ricevono una copia della fattura, come nel caso sopra citato, l'Ufficio di mediazione raccomanda di richiederla al fornitore di prestazioni facendo riferimento all'art. 42 cpv. 3 LAMal. Gli assicurati che dispongono di un modello assicurativo alternativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni e che presentano costi di prestazioni elevati hanno inoltre la possibilità – se sospettano una fatturazione errata da parte del fornitore di prestazioni – di rivolgersi al Case Management della cassa malati e di chiedere ulteriori chiarimenti.

Caso 10 Riduzione delle prestazioni per cure di base non più consentita

Negli ultimi anni l'Ufficio di mediazione ha ricevuto regolarmente richieste di persone beneficiarie di un assegno per grandi invalidi di grado medio o elevato, che avevano ricevuto dalla cassa malati una fattura per il rimborso di una parte delle prestazioni di cure di base assunte conformemente all'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre. Gli assicuratori malattie hanno invocato il divieto di sovraindennizzo sancito dall'art. 69 LPGa e dall'art. 122 cpv. 1 lett. b OAMal, nonché la giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 127 V 94). Su questa base, essi potevano ridurre i contributi alle cure LAMal se questi, insieme agli assegni per grandi invalidi, superavano le spese di cura sostenute dalla persona assicurata e altre spese mediche non coperte, fino a un massimo del 44 % dell'assegno mensile per grandi invalidi. Il Tribunale federale è infatti partito dal presupposto che, di norma, il 56 % dell'assegno per grandi invalidi è necessario per finanziare le spese di cura.

Il 29 agosto 2024, il Tribunale federale ha modificato la sua prassi pluriennale (decisione del Tribunale federale 9C_480/2022). Esso è giunto alla conclusione che, in caso di cumulo di assegni per grandi invalidi e prestazioni per cure di base, non sussiste un caso di sovraindennizzo, tanto più che il sovraindennizzo presuppone una concordanza funzionale per quanto riguarda la natura e la funzione delle prestazioni concorrenti. I contributi alle cure e gli assegni per grandi invalidi sono tuttavia diversi dal punto di vista funzionale. A seguito della modifica della prassi del Tribunale federale, non è più possibile ridurre le prestazioni di cure di base ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. c OPre in caso di percezione contemporanea di un assegno per grandi invalidi.

Suggerimento: L'Ufficio di mediazione ha constatato che alcuni assicuratori malattie non hanno ancora dato seguito alla modifica della prassi del Tribunale federale, valida dal 29 agosto 2024, e continuano ad applicare riduzioni. Si raccomanda pertanto agli assicurati che percepiscono un assegno per grandi invalidi di verificare attentamente i relativi conteggi e le eventuali richieste di rimborso da parte della cassa malati per le prestazioni per cure di base.

4 Assicurazione complementare secondo la LCA

4.1 Vuoti contrattuali nell'ambito delle assicurazioni complementari ospedaliere

Anche nel 2024 l'Ufficio di mediazione ha ricevuto numerose richieste da parte di assicurati che disponevano di un'assicurazione complementare ospedaliera per il reparto semiprivato o privato, ma a cui è stato comunicato dal proprio assicuratore complementare che per il ricovero previsto la garanzia di assunzione dei costi non poteva essere accordata o poteva essere accordata solo in misura limitata. Gli assicurati non capivano come fosse possibile che venissero loro negate prestazioni per le quali avevano pagato premi elevati, in alcuni casi per decenni.

Nel settore delle assicurazioni complementari ospedaliere, i singoli ospedali e i singoli assicuratori complementari stipulano contratti per il rimborso delle prestazioni. Nel 2020 la FINMA, in qualità di autorità di vigilanza per gli assicuratori complementari, ha riscontrato che le fatture per l'assicurazione malattie complementare spesso non erano trasparenti e che alcune prestazioni già rimborsate dall'assicurazione di base venivano talvolta fatturate nuovamente nell'ambito delle assicurazioni complementari ospedaliere. La FINMA ha quindi richiesto agli ospedali e agli assicuratori complementari contratti più trasparenti, in cui fossero chiaramente indicate le prestazioni supplementari dell'assicurazione complementare ospedaliera, con l'obiettivo di mantenere i premi di queste assicurazioni a un livello ragionevole per gli assicurati. Ciò ha reso necessaria la rinegoziazione dei contratti, che non sempre si è conclusa rapidamente. Fino alla stipula di un nuovo contratto si era quindi in presenza di un cosiddetto vuoto contrattuale, con la conseguenza che gli assicuratori malattie complementari non erano tenuti a pagare le prestazioni. La maggior parte degli ospedali e degli assicuratori malattie complementari è riuscita a raggiungere un accordo contrattuale entro la fine del 2024. Nei cantoni di Vaud e Ginevra, invece, le trattative sono state difficili, soprattutto a causa dei medici accreditati. Perciò, in questi due cantoni esistono ancora situazioni di vuoto contrattuale.

4.2 Soppressione delle prestazioni nell'assicurazione complementare

L'Ufficio di mediazione riceve regolarmente richieste da parte di assicurati con un'assicurazione complementare, che chiedono se è lecito che il loro assicuratore comple-

mentare rifiuti di assumersi ulteriori costi, in particolare per trattamenti di medicina alternativa, nonostante l'importo massimo annuale delle prestazioni non sia ancora stato raggiunto. A partire dall'estate 2024, l'Ufficio di mediazione ha però ricevuto un numero sempre crescente di richieste in merito, che riguardavano esclusivamente l'assicuratore X.

A questo punto viene quindi illustrata in via preliminare la situazione giuridica relativa alla soppressione delle prestazioni nell'assicurazione complementare in generale e, nel caso 11, verrà esaminata in modo specifico la procedura adottata dall'assicuratore X.

Il contenuto dei contratti assicurativi nel senso della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) in generale e quindi anche delle assicurazioni malattie complementari è disciplinato dalle condizioni generali e particolari di assicurazione (in breve CGA e CPA). Le CGA e le CPA vengono accettate dagli assicurati con la sottoscrizione della proposta di assicurazione (vincolante) e, se l'assicuratore accetta la proposta, diventano parte integrante del contratto. Le CGA e le CPA stabiliscono, tra l'altro, quali prestazioni forniscono gli assicuratori e a quali condizioni. Nelle CGA degli assicuratori malattie complementari si trova regolarmente un'indicazione secondo cui le prestazioni sono coperte solo se i trattamenti sono efficaci, appropriati ed economici (in breve EAE). Alcuni assicuratori specificano esplicitamente nelle loro condizioni cosa si intende con questi tre termini. Anche se non vi sono spiegazioni più dettagliate, è possibile fare riferimento all'art. 32 LAMal, poiché anche nell'assicurazione di base i principi di efficacia, adeguatezza ed economicità sono i requisiti fondamentali per la copertura dei costi. Con questi tre termini si intende quanto segue:

Efficacia

Una prestazione medica deve essere in linea generale idonea a produrre l'effetto terapeutico desiderato. L'efficacia deve inoltre essere comprovata da studi scientifici.

Adeguatezza

Nel caso concreto occorre scegliere la misura che, in rapporto al risultato auspicato, presenta il miglior beneficio terapeutico. L'adeguatezza ha quindi carattere comparativo (vengono confrontate diverse prestazioni possibili).

Economicità

In presenza di diversi trattamenti (efficaci e adeguati), si considera economicamente vantaggioso quello che (a parità di benefici medici) è il più conveniente.

Nelle CGA, gli assicuratori malattie complementari si riservano regolarmente il diritto di richiedere ulteriori informazioni o documenti ai fornitori di prestazioni, sia per la prima verifica dell'obbligo di prestazione sia durante il trattamento in corso. Inoltre, è sempre presente una clausola secondo cui l'assicurato esonera il fornitore di prestazioni dal suo obbligo di riservatezza nei confronti dell'assicuratore.

L'Ufficio di mediazione constata che molti assicurati ritengono di avere un diritto incondizionato agli importi massimi annuali stabiliti nelle condizioni di assicurazione (ad es. assunzione dei costi per anno civile: 75 %, massimo fr. 4 000). Non è così. Il diritto alle prestazioni sussiste solo se e fino a quando sono soddisfatte le tre condizioni di efficacia, adeguatezza ed economicità. Al fine di verificare questi tre criteri durante un trattamento in corso, gli assicuratori richiedono ai fornitori di prestazioni, direttamente o tramite gli assicurati, un referto medico del terapeuta curante, del medico di famiglia o dello specialista, che deve dimostrare la necessità medica di proseguire la terapia. Sulla base di tale referto medico, la cassa malati può quindi verificare se i tre requisiti (cumulativi) sono ancora realizzati. In caso affermativo, l'assicuratore continua a fornire le prestazioni, altrimenti comunica all'assicurato che in futuro non saranno più fornite prestazioni o che saranno fornite solo in misura ridotta. Questa procedura è corretta dal punto di vista giuridico, purché le condizioni generali di assicurazione contengano i criteri di EAE, indipendentemente dal fatto che questi siano formulati come presupposti per la prestazione o come motivi di esclusione della prestazione.

Caso 11 Soppressione delle prestazioni di medicina alternativa

Un'assicurata ha stipulato con l'assicuratore X un'assicurazione malattie complementare che copre diverse prestazioni di medicina alternativa. L'assicurata soffre del morbo di Basedow con sintomi quali un tono muscolare fortemente elevato e conseguenti tensioni, in particolare nella zona delle spalle, della schiena e della parte inferiore delle gambe, linfonodi sottomandibolari gonfi, irrequietezza interiore con tachicardia e stanchezza pronunciata. Dall'inizio del 2024 ha ricevuto diversi massaggi e sedute di agopuntura. Con il conteggio delle prestazioni del 19 giugno 2024, l'assicurata è stata informata che per le cure ricevute nel periodo dal 12 aprile 2024 al 28 maggio 2024, per un importo totale di fr. 540, avrebbe ricevuto un credito di fr. 486. In data 25 giugno 2024, l'assicuratore X ha inviato a tutti gli assicurati con copertura per la medicina alternativa una lettera in cui si ricordava che l'assicurazione complementare copriva esclusivamente i trattamenti a scopo terapeutico. Affinché i premi delle assicurazioni complementari potessero continuare a essere il più possibile interessanti, i trattamenti di medicina alternativa erano soggetti ai criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità. In questo contesto, l'assicuratore si riservava il diritto, in base alle condizioni di assicurazione, di limitare il rimborso in caso di ricorso eccessivo o di richiedere ulteriori prove, come ad esempio un referto medico.

Nel luglio 2024 l'assicurata ha percepito ulteriori prestazioni. Con il conteggio delle prestazioni corretto del 24 luglio 2024, la cassa malati X ha chiesto all'assicurata la restituzione dell'importo di fr. 486, oltre a un importo di fr. 378 già rimborsato per prestazioni erogate nel periodo dal 4 marzo 2024 al 28 marzo 2024. Il motivo era indicato in piccolo sul conteggio delle prestazioni:

In base alle condizioni della vostra assicurazione, le spese in questione non saranno più coperte a causa dell'uso eccessivo o del mancato rispetto dello scopo terapeutico del trattamento.

All'inizio di agosto 2024, l'assicurata si è lamentata presso l'assicuratore X in merito alla richiesta di rimborso e, senza che l'assicuratore lo avesse richiesto, ha allegato un referto del suo medico di famiglia datato 2 agosto 2024. L'8 agosto 2024, la cassa malati X ha risposto che il servizio medico aveva esaminato il referto medico. A causa di un'eccessiva fruizione delle prestazioni e del fatto che non erano soddisfatti i requisiti che davano diritto alle prestazioni (si intendono i criteri di EAE), è stato confermato il rifiuto di assumersi i costi.

All'inizio di settembre 2024, l'assicurata si è rivolta all'Ufficio di mediazione con un ulteriore rapporto della sua terapeuta. Quest'ultima chiedeva all'assicuratore di verificare se, alla luce della (nuova) situazione medica, fosse possibile rinunciare al rimborso di fr. 864 e se potessero essere rimborsati anche i trattamenti effettuati a partire da luglio 2024. L'assicuratore X ha comunicato all'Ufficio di mediazione che rinunciava al rimborso e che nel 2024 avrebbe inoltre coperto i costi di 2 sedute di massaggi e 4 trattamenti di agopuntura.

Come illustrano il caso in esame e tutte le altre richieste pervenute all'Ufficio di mediazione su questo tema a partire dall'estate 2024, l'assicuratore X ha rifiutato di assumersi i costi non solo per il futuro, ma anche con effetto retroattivo.

Anche se la procedura adottata dall'assicuratore X non è usuale nel settore, dal punto di vista giuridico è ammissibile, poiché l'assicuratore X ha stabilito i criteri di EAE nelle sue CGA sotto il titolo «Esclusioni di prestazioni». Tuttavia, è suo dovere verificare nel singolo caso se i criteri di efficacia, adeguatezza ed economicità non siano effettivamente soddisfatti – cosa che l'assicuratore X non ha fatto, perlomeno non all'inizio della sua «serie di rifiuti». Come già accennato, tale verifica può essere effettuata solo sulla base di referti medici, che non erano affatto a disposizione dell'assicuratore X al momento delle rispettive prime lettere di rifiuto. Nel caso in esame, in assenza dei criteri EAE, l'assicuratore X ha chiesto il 19 giugno 2024 il rimborso delle prestazioni già erogate, ma solo all'inizio di agosto 2024 ha ricevuto un rapporto medico, che l'assicurata gli aveva inviato spontaneamente.

Come ha potuto appurare l'Ufficio di mediazione, sono motivi di risparmio che hanno indotto l'assicuratore X a rifiutare quasi sistematicamente le prestazioni per trattamenti di medicina alternativa dopo un certo numero di sedute. Gli assicurati della cassa malati X devono inoltre aspettarsi che anche nel 2025 le prestazioni saranno coperte solo in misura limitata.

Pur comprendendo le misure volte al risparmio dei costi, l'Ufficio di mediazione ritiene che la procedura scelta dall'assicuratore X, che a partire dall'estate 2024 ha smesso di coprire «in modo generalizzato» e inizialmente senza verificare i criteri dell'EAE le prestazioni per trattamenti di medicina alternativa, non sia adeguata. Gli assicurati

non potevano interpretare la lettera di carattere generale inviata dall'assicuratore il 25 giugno 2024 nel senso che le prestazioni non sarebbero più state assunte con effetto retroattivo o a partire dal 25 giugno 2024.

Agli assicurati che contestavano la procedura dell'assicuratore X, l'Ufficio di mediazione ha consigliato in particolare di presentare all'assicuratore X un referto medico, qualora non lo avessero ancora fatto. Ha inoltre sottolineato che per gli assicurati con affezioni pregresse e per le persone anziane è praticamente impossibile cambiare l'assicuratore complementare. Gli assicurati che non erano più soddisfatti delle prestazioni dell'assicurazione complementare avevano quindi solo la possibilità di mantenere il prodotto precedente o di disdirlo, sapendo che probabilmente non avrebbero potuto stipulare un'assicurazione complementare con nessun altro fornitore. Infine, l'Ufficio di mediazione ha informato sulle vie legali a disposizione per ottenere le prestazioni. Esso ha tuttavia sottolineato che la verifica della EAE dei rapporti medici comporta un certo margine di discrezionalità e quindi anche un rischio processuale. Inoltre, anche una sentenza favorevole del tribunale non avrebbe alcun effetto per il futuro, poiché lo stato di salute e quindi anche la valutazione della EAE potrebbero cambiare. Quest'ultima deve infatti essere riesaminata di volta in volta; è rilevante il momento in cui viene presa la decisione sull'assunzione dei costi.

4.3 Coordinamento delle prestazioni nell'assicurazione complementare

A differenza dell'assicurazione di base, dove le assicurazioni doppie o il cumulo di assicurazioni sono vietati, nel settore delle assicurazioni complementari gli stessi sono autorizzati. La maggior parte delle richieste che giungono all'Ufficio di mediazione riguardano casi in cui gli assicurati hanno stipulato involontariamente assicurazioni complementari e desiderano liberarsene. Esistono tuttavia casi in cui gli assicurati stipulano consapevolmente una doppia assicurazione per beneficiare di una copertura maggiore o completa dei costi. Ciò può essere utile, ad esempio, per i prodotti che coprono le prestazioni per trattamenti ortodontici per bambini e adolescenti, poiché i prodotti di assicurazione complementare non coprono mai il 100 % dei costi dei trattamenti ortodontici. Tuttavia, non è consentito ottenere un rimborso superiore ai costi effettivi (se l'assicurazione è configurata come assicurazione risarcimento danni, come è generalmente il caso delle assicurazioni malattie complementari), come illustra l'esempio seguente.

Caso 12 Obbligo di risarcimento in caso di cumulo di assicurazioni

Un padre si è rivolto all'Ufficio di mediazione sostenendo che, in relazione alle prestazioni per cure ortodontiche del figlio, l'assicuratore X gli aveva comunicato che avrebbe presto ricevuto una domanda di rimborso di fr. 920.75. Egli ha chiesto se tale richiesta fosse giustificata.

Il figlio è assicurato sia presso l'assicuratore X (con una copertura dei costi del 75 %, max. fr. 3 000 per anno civile) sia presso l'assicuratore Y (con una copertura dei costi del 50 %, max. fr. 12 000 per anno civile) per trattamenti ortodontici. Il padre aveva

informato entrambi gli assicuratori della doppia assicurazione esistente. Sulla fattura di fr. 3'683 presentata dal padre, entrambi gli assicuratori hanno pagato (inizialmente) le prestazioni loro dovute. L'assicuratore X ha assunto fr. 2'762.25 (75 % di fr. 3'683), l'assicuratore Y fr. 1'841.50 (50 % di fr. 3'683). Il padre ha quindi ricevuto un importo complessivo di fr. 4'603.75, ovvero fr. 920.75 in più rispetto all'importo della fattura.

L'Ufficio di mediazione ha spiegato al padre la situazione giuridica relativa all'obbligo di risarcimento in caso di doppia assicurazione (assicurazione risarcimento danni) e ha confermato il diritto di entrambi gli assicuratori a richiedere il rimborso.

Conformemente all'art. 46c cpv. 1 LCA, in caso di cumulo di assicurazioni, ogni assicuratore risponde del danno in proporzione alla somma da esso assicurata rispetto al totale delle somme assicurate. Questa ripartizione proporzionale delle prestazioni ha lo scopo di evitare che l'assicurato riceva da ciascun assicuratore l'intero importo, qualora ciò gli consentisse di ottenere un risarcimento superiore alle spese effettivamente sostenute.

Poiché l'assicuratore X nella lettera inviata al padre aveva indicato che esisteva un accordo interno con l'assicuratore Y sulla ripartizione dei costi, l'Ufficio di mediazione ha potuto comunicare al padre che la richiesta di rimborso dell'assicuratore X era corretta, poiché quest'ultimo avrebbe provveduto internamente alla ripartizione dei costi direttamente con l'assicuratore Y.

Suggerimento: Agli assicurati che stipulano volontariamente una seconda assicurazione complementare creando una situazione di doppia assicurazione, l'Ufficio di mediazione consiglia di informare immediatamente entrambi gli assicuratori dell'esistenza di una doppia copertura. Tale obbligo di notificazione deriva dall'art. 46b cpv.1 LCA. Conformemente all'art. 46b cpv. 3 LCA, gli assicuratori non sono vincolati al contratto nei confronti dello stipulante se quest'ultimo ha ommesso intenzionalmente questa notificazione o ha concluso più assicurazioni nell'intento di procurarsi con esse un utile illecito.

4.4 Stanziamento globale di bilancio

In ambito di assicurazione di base, il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali o delle case di cura quale strumento di gestione delle finanze (art. 51 LAMal). Questo cosiddetto stanziamento globale di bilancio consiste quindi nel fatto che il Cantone stabilisce in anticipo, per l'anno o gli anni successivi, l'importo complessivo dei fondi disponibili per il funzionamento degli ospedali e delle case di cura. Il volume complessivo viene ripartito tra i diversi fornitori di prestazioni, che devono gestire le proprie attività in modo da rispettare lo stanziamento di bilancio loro assegnato (Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, volume XIV, Soziale Sicherheit, 3a ed., 2016, n. 1030). Finora hanno fatto

ricorso a un bilancio complessivo i Cantoni Ticino, Vaud e Ginevra. L'art. 51 cpv. 1, seconda frase LAMal riserva la ripartizione dei costi secondo l'articolo 49a LAMal (ossia il Cantone partecipa ai costi della degenza ospedaliera per almeno il 55 %, l'assicuratore malattie per al massimo il 45 %).

Il caso seguente mostra come il mancato trasferimento della quotaparte cantonale a seguito dell'esaurimento dello stanziamento globale di bilancio di un ospedale nel Cantone di Ginevra abbia avuto ripercussioni sull'assicurazione complementare, in modo discutibile a mente dell'Ufficio di mediazione.

Caso 13 Quotaparte cantonale scoperta a carico dell'assicuratore complementare?

Un assicurato residente nel Canton Ginevra ha stipulato un'assicurazione di base con la cassa malati X e un'assicurazione complementare con la cassa malati Y, con un'assicurazione ospedaliera semiprivata. In caso di cure stazionarie in reparto semiprivato, l'assicurato deve sostenere una partecipazione ai costi del 20 %, fino a un massimo di fr. 4 000, conformemente alle condizioni di assicurazione applicabili. Nel tardo autunno del 2023, l'assicurato si è sottoposto a un intervento chirurgico in una clinica privata di Ginevra. Inizialmente era previsto che l'intervento fosse eseguito in regime ambulatoriale. A causa di complicazioni, tuttavia, l'assicurato ha dovuto pernottare in ospedale (reparto semiprivato). La clinica privata di Ginevra era inclusa nell'elenco cantonale degli ospedali per l'intervento effettuato. L'assicuratore di base ha assunto la quotaparte a carico dell'assicurazione malattie pari al 45 %. Il Canton Ginevra, dal canto suo, ha rifiutato di assumersi la quotaparte del 55 % a causa dell'esaurimento dello stanziamento globale di bilancio.

La quotaparte cantonale non coperta del 55 %, pari a fr. 17 338.50, nonché i costi supplementari per il reparto semiprivato sono stati fatturati dall'ospedale all'assicuratore complementare Y. Quest'ultimo ha rimborsato all'ospedale gli importi fatturati e ha richiesto all'assicurato la partecipazione ai costi per l'intero importo di fr. 4 000. Il 20 % dei costi per il reparto semiprivato ammontava a fr. 2 131.70. La restante quota a carico dell'assicurato fino all'importo massimo di fr. 4 000 (fr. 1 868.30) era basata sulla quotaparte cantonale non coperta.

L'assicurato si è rivolto all'Ufficio di mediazione chiedendo se fosse legittimo che il suo assicuratore complementare gli addebitasse anche la partecipazione ai costi di fr. 1 868.30. L'Ufficio di mediazione è quindi intervenuto presso l'assicuratore Y chiedendogli di rinunciare all'addebito dell'importo di fr. 1 868.30, poiché questo era stato calcolato sulla base della quotaparte cantonale del Canton Ginevra pari a fr. 17 338.50. Secondo la dottrina, gli ospedali non possono trasferire agli assicurati o a un'eventuale assicurazione complementare il mancato rimborso in caso di superamento dello stanziamento globale di bilancio (Egli/ Waldner, in: Commentario basilese alla legge sull'assicurazione malattie e alla legge sulla sorveglianza dell'assicurazione malattie, 2020, n. 51 ad art. 51 LAMal). L'ospedale avrebbe quindi dovuto sostenere lui stesso la perdita della quotaparte cantonale.

L'assicuratore Y ha risposto all'Ufficio di mediazione che nel Canton Ginevra esistono stanziamenti globali di bilancio ai sensi dell'art. 58f cpv. 6 lett. a OAMal. Nel caso in esame, l'ospedale aveva ritenuto che lo stanziamento di bilancio per l'intervento chirurgico effettuato sull'assicurato fosse già esaurito. Per questo motivo, l'assicurato aveva potuto beneficiare di una degenza in reparto semiprivato. Se l'assicurato avesse voluto essere curato solo in reparto comune, avrebbe dovuto rivolgersi a un ospedale in cui lo stanziamento globale di bilancio non fosse ancora stato raggiunto. L'assicuratore considera gli ospedali in situazioni come quella in esame come ospedali convenzionati. Se l'assicurato non è d'accordo con il conteggio delle spese dell'assicuratore, deve rivolgersi al Canton Ginevra o all'ospedale in questione. L'assicuratore ha inoltre rinviato al sito web del Canton Ginevra ([Hospitalisation dans le canton de Genève|ge.ch](https://www.hospitalisation.ch)). Da tale documento si evince che i costi di degenza ospedaliera degli assicurati di base in una clinica privata sono coperti, a condizione che quest'ultima figuri nell'elenco degli ospedali per determinate prestazioni e che la quota non sia ancora esaurita. In caso contrario, una parte o addirittura la totalità dei costi sono a carico del paziente. Per evitare tali costi, si raccomanda agli assicurati senza assicurazione complementare di recarsi all'ospedale universitario HUG o in un ospedale privato che non abbia ancora esaurito la quota. L'assicuratore non ha preso posizione in merito al parere giuridico espresso dall'Ufficio di mediazione sulla base del Commentario basilese. L'Ufficio di mediazione non ha quindi potuto fare altro che comunicare all'assicurato che l'intervento presso l'assicuratore non aveva avuto esito positivo.

Per l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie, tuttavia, le argomentazioni dell'assicuratore complementare non sono pertinenti al caso in esame. A suo avviso, una quotaparte cantonale non coperta non può essere fatturata all'assicurazione complementare, poiché ciò significherebbe addossare alla collettività degli assicurati dell'assicurazione complementare dei costi che dovrebbero andare a carico dell'assicurazione di base – nella fattispecie pari a fr. 17 338.50.

5 Assicurazione d'indennità giornaliera

5.1 Assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal e la LCA

Le assicurazioni d'indennità giornaliera in caso di malattia, che non sono obbligatorie in Svizzera, possono essere stipulate conformemente a due leggi diverse, ovvero la LAMal e la LCA. Un'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal ai sensi dell'art. 67 segg. LAMal costituisce un rapporto assicurativo di diritto pubblico, mentre un'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LCA costituisce un rapporto contrattuale di diritto privato. A causa della sua minore flessibilità, l'importanza dell'assicurazione d'indennità giornaliera LAMal è in costante diminuzione e anche l'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie riceve più spesso domande relative all'assicurazione d'indennità giornaliera LCA rispetto a quelle della LAMal. Il caso seguente riguardava le prestazioni di un'assicurazione d'indennità giornaliera LAMal.

Caso 14 Assicurazione d'indennità giornaliera LAMal: prestazioni dopo la fine del contratto di lavoro

Un'assicurata era impiegata dal 15 novembre 2022 presso la ditta A. con un impiego a tempo pieno ed era assicurata tramite il suo datore di lavoro presso l'assicuratore X con un contratto collettivo secondo la LAMal, che prevedeva prestazioni a partire da un'incapacità lavorativa del 25 %. Dal 6 marzo 2023, l'assicurata era in incapacità lavorativa al 40 % e riceveva (tramite il suo datore di lavoro) indennità giornaliera. Il rapporto di lavoro con la ditta A è terminato il 29 febbraio 2024. Dal 1° marzo 2024 l'assicurata ha lavorato presso la ditta B. Tuttavia, a causa della persistente incapacità lavorativa del 40 %, era impiegata solo a tempo parziale (60 %). Presso la ditta B., l'assicurata era assicurata presso l'assicuratore Y per la perdita di salario in caso di malattia con un contratto collettivo secondo la LAMal, per un impiego al 60 %. Lo psichiatra curante ha certificato un'incapacità lavorativa del 40 % fino al 30 giugno 2024.

Con e-mail del 20 febbraio 2024, l'assicuratore X ha informato l'assicurata che poteva passare all'assicurazione individuale, ciò che quest'ultima ha poi fatto. Con lettera del 25 marzo 2024, l'assicuratore X le ha comunicato che, a causa del suo grado di incapacità lavorativa del 40 %, non aveva diritto alle prestazioni dell'assicurazione individuale di indennità giornaliera LAMal. A sostegno della sua decisione, l'assicuratore ha fatto riferimento all'art. 72 cpv. 2 LAMal, secondo cui il diritto all'indennità giornaliera sussiste solo se la capacità lavorativa della persona assicurata sia ridotta di almeno la metà. Ciò è previsto anche dall'art. 8 cpv. 2 del suo regolamento sull'indennità giornaliera. L'assicurata si è rivolta all'assicuratore X sostenendo che l'assicurazione individuale d'indennità giornaliera era quindi inutile e ne ha chiesto la rescissione.

Contemporaneamente si è rivolta anche all'Ufficio di mediazione, chiedendo se la decisione dell'assicuratore X di non versare più indennità giornaliera LAMal nell'ambito dell'assicurazione individuale a partire dal 1° marzo 2024 fosse corretta.

L'Ufficio di mediazione è intervenuto presso l'assicuratore X sostenendo che, in assenza di prestazioni post-contrattuali nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera della LAMal, la persona assicurata, al termine del rapporto di lavoro, doveva passare all'assicurazione individuale d'indennità giornaliera. Pertanto, non era ammissibile rifiutare le indennità giornaliera dal 1° marzo 2024. Conformemente alla dottrina (Eugster, Vergleich der Krankentaggeldversicherung nach KVG und VVG, in: Krankentaggeldversicherung: arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, 2007, pag. 74), la LAMal garantisce, in caso di recesso da un contratto collettivo, la continuazione ininterrotta della copertura assicurativa precedente e la copertura dei casi assicurativi già verificatisi. Sarebbe contrario alla natura di un'assicurazione d'indennità giornaliera nel senso della LAMal, se un'assicurata che ha beneficiato di prestazioni nell'ambito di un contratto collettivo d'indennità giornaliera nel senso della LAMal, e che presenta un'incapacità lavorativa ancora accertata, non ricevesse più prestazioni nella stessa misura a causa di una disposizione regolamentare che prevede un grado d'incapacità lavorativa più elevato per l'assicurazione individuale rispetto all'assicurazione collettiva.

L'assicuratore ha mantenuto la propria posizione, secondo cui non era tenuto a erogare alcuna prestazione. L'Ufficio di mediazione non ha quindi potuto fare altro che rinviare l'assicurata, con riferimento al contratto, al giudice competente.

