

## **GR\_GERICHTE S 2013 11 vom 20. Juni 2013**

GR Gerichte, 2013-06-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2013\\_11](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2013_11)

FR: GR\_GERICHTE S 2013 11 du 20 juin 2013

IT: GR\_GERICHTE S 2013 11 del 20 giugno 2013

### **Regeste**

prestazioni assicurative LAMAL | Krankenversicherung

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Nel tempestivo ricorso proposto al Tribunale amministrativo in data 28 gennaio 2013, A.\_\_\_\_\_ chiedeva che alle controverse prestazioni venisse riconosciuta la natura di spese mediche di maternità e che

- 3 - conseguentemente alla convenuta venisse imposta l'assunzione dell'importo di fr. 590.05 (fr. 180.70; fr. 21.70; fr. 174.85 e fr. 212.80) e la restituzione di fr. 141.60. La ricorrente chiedeva poi che alla convenuta venisse ordinato di ritirare la procedura esecutiva no. 20121389 presso l'Ufficio esecuzioni di M.\_\_\_\_\_ e che venisse operata la completa cancellazione di ogni iscrizione a suo carico dall'estratto del registro di esecuzione. Dal profilo formale, l'istante invoca una violazione del proprio diritto di audizione, non avendo la convenuta sempre compreso la portata delle censure sollevate in lingua italiana. In ogni caso, la decisione redatta in tedesco nei confronti di un'assicurata domiciliata nel N.\_\_\_\_\_ dovrebbe essere dichiarata nulla già per questo vizio di forma. Nel merito l'istante reputa che le analisi ordinate, i controlli effettuati e gli accertamenti eseguiti vadano a carico della maternità, essendo stata la gravidanza a rischio a causa dell'età superiore a 35 anni della gestante. Per contro, contrariamente al parere della convenuta, la gravidanza non avrebbe presentato complicazioni in quanto gli accertamenti ordinati a seguito di leggeri sanguinamenti non avrebbero messo in luce alcuna anomalia. In seguito ad una compensazione operata dalla convenuta, la ricorrente reputa che le vadano restituiti fr. 141.60. Anche le informazioni raccolte presso il ginecologo dell'istante sarebbero troppo superficiali e sulla scorta di queste non sarebbe possibile trarre le conclusioni che la cassa malati pretenderebbe. Non ritenendosi debitrice degli importi pretesi dalla convenuta, l'assicurata chiede la cancellazione della procedura esecutiva nei suoi confronti e di tutte le registrazioni in merito ad eventuali esecuzioni in relazione con la presente controversia. Anche qualora dovesse soccombere nell'ambito della presente vertenza, la ricorrente chiede di essere esonerata dai costi d'esecuzione, essendo contrario al principio della buona fede mettere in esecuzione un'assicurata prima della crescita in giudicato della prestazione pretesa e durante la contestazione della prestazione.

- 4 -

#### **E. 4**

Nella propria presa di posizione del 4 marzo 2013, la B.\_\_\_\_\_ chiedeva la completa reiezione del ricorso. La censura formale sollevata dall'istante sarebbe pretestuosa, dopo la sottoscrizione da parte di questa dei contratti e delle condizioni assicurative redatti

esclusivamente in lingua tedesca. Inoltre, la ricorrente avrebbe ripetutamente dimostrato di comprendere perfettamente la lingua tedesca, mentre la convenuta impiegherebbe una dipendente di lingua italiana in misura di comprendere perfettamente la portata della obiezioni sollevate dall'assicurata. Dal profilo materiale, la cassa malati manteneva integralmente le conclusioni addotte nel provvedimento impugnato.

## **E. 5**

Replicando, l'istante si riconfermava essenzialmente nelle proprie allegazioni e proposte chiedendo però a titolo subordinato che “alla B. \_\_\_\_\_ viene ordinato di ritirare la procedura esecutiva n. 20121389 pendente presso l'Ufficio esecuzione di M. \_\_\_\_\_ come pure di chiedere la completa cancellazione di ogni iscrizione dall'estratto del registro di esecuzione formato a nome di A. \_\_\_\_\_, non appena i summenzionati importi sono stati a lei rifiuti”. Dal canto suo la B. \_\_\_\_\_ rinunciava a duplicare, richiamandosi a quanto già esposto in precedenza. Considerando in diritto: 1. a) Giusta l'art. 43 cpv. 3 della legge sulla giustizia amministrativa (LGA; CS 370.100), il Tribunale amministrativo decide nella composizione di giudice unico, quando il valore litigioso non supera i fr. 5'000.-- e non è prescritta una composizione di cinque giudici. Nel caso in oggetto, l'istante contesta la partecipazione e la franchigia su prestazioni mediche

- 5 - per un importo di fr. 590.05, oltre alla richiesta restituzione di fr. 141.60, per cui, non essendo nemmeno prescritta la composizione di cinque giudici, è certamente data la competenza del giudice unico. Accanto ad una violazione del diritto di audizione, è controversa la natura di alcune prestazioni fatturate dalla convenuta e soggette a partecipazione ai costi e franchigia nonché la liceità della messa in esecuzione dell'istante. b) Giusta l'art. 8 della legge sulle lingue del Cantone dei Grigioni (LCLing; CS 492.100), nelle loro memorie e istanze destinate ai Tribunali cantonali le parti possono usare una lingua ufficiale cantonale di loro scelta (cpv. 1). La lingua della procedura si conforma di regola alla lingua ufficiale usata nella decisione impugnata rispettivamente alla lingua ufficiale parlata dalla parte convenuta (cpv. 2). E' il presidente del tribunale a stabilire, sulla base della LCLing, in quale lingua ufficiale si svolga la procedura (art. 7 cpv. 1 LCLing) anche se una deroga alle disposizioni della legge è ammessa con il consenso delle parti (art. 7 cpv. 5 LCLing). Nell'ambito del presente procedimento, la decisione impugnata è stata redatta in tedesco. La relazione giuridica riguarda però un'assicurata di lingua e regione italofona che avrebbe conseguentemente avuto diritto al rilascio di una decisione in italiano. Poiché l'istanza al Tribunale amministrativo è stata introdotta in italiano, per ordine del giudice dell'istruzione la procedura si svolge in detta lingua e la sentenza viene redatta in italiano. Alla cassa malati convenuta è stato esplicitamente garantito il diritto di inoltrare le proprie prese di posizione in tedesco, cosa che la parte convenuta ha esplicitamente accettato con scritto del 30 gennaio 2013. 2. a) La ricorrente invoca in primo luogo una violazione del proprio diritto di audizione, essendo stato il provvedimento impugnato redatto in lingua tedesca. Nei Grigioni, giusta l'art. 3 cpv. 3 LCLing, le autorità cantonali rispondono nella lingua ufficiale nella quale sono state interpellate. Per la

- 6 - Cassa malati convenuta che opera sul suolo Grigionese dovrebbe valere analogamente la stessa regola, per cui alla richiesta fatta in italiano avrebbe dovuto far seguito un provvedimento in italiano. Contrariamente però a quanto preteso nel ricorso, una decisione emanata in una diversa lingua non comporta la nullità del provvedimento, quando come nell'evenienza è chiaro che l'istante sia perfettamente in grado di comprendere la portata di quello che è stato deciso e di controbattere alle argomentazioni di controparte con piena

cognizione di causa. E' vero che la convenuta è stata invano più volte sollecitata a voler pronunciarsi in italiano. Alla ricorrente sono però stati comunicati i motivi per i quali la richiesta non poteva essere soddisfatta, non essendosi la parte convenuta strutturata per rispondere ai bisogni del plurilinguismo elvetico. Dal canto suo per l'assicurata doveva essere fin dall'inizio chiaro che la relazione contrattuale avveniva in lingua tedesca e non in italiano, per cui la pretesa fatta valere al proposito non giustifica neppure in quest'ottica un diverso giudizio. b) Sempre invocando una violazione del proprio diritto di audizione, l'istante rimprovera alla convenuta di non essere stata in grado di comprendere la portata delle proprie obiezioni sollevate in lingua italiana. Effettivamente, nelle proprie prese di posizione la parte convenuta si limitava a ripetere quanto già affermato in precedenza, senza prendere specificamente posizione sulle questioni di dettaglio sollevate dall'istante. Che tale modo d'agire sia insoddisfacente è innegabile e in questo senso la censura sollevata è comprensibile. L'esigenza di motivare un provvedimento è però rispettata non appena gli interessati possono, attraverso la decisione o sulla scorta di altri elementi della causa a loro noti, rendersi conto sufficientemente delle ragioni che stanno alla base della decisione (DTF 123 I 34 cons. 2c, 122 IV 8 cons. 2c), senza che sia necessario prendere posizione su tutti gli argomenti sollevati (DTF 121 I 57 cons. 2c e

- 7 - riferimenti); basta che la motivazione riguardi le questioni rilevanti ed essenziali (DTF 133 I 277 cons. 3.1; 129 I 235 cons. 3.2; 126 I 102 cons. 2b e 124 V 181 cons. 1a e riferimenti). In definitiva, l'insieme dei motivi deve permettere all'interessata di afferrare le ragioni a fondamento del provvedimento per poterlo eventualmente deferire, con piena cognizione di causa, all'istanza superiore (DTF 136 I 236 cons. 5.2, 134 I 88 cons. 4.1, 124 II 146 cons. 2a, 121 I 57 cons. 2c e 119 Ia cons. 4d). Nell'evenienza in oggetto, questa è a non averne dubbi la situazione in cui si trova l'assicurata. Il rifiuto deciso si fonda sull'argomentazione che le analisi condotte non siano contenute nella lista delle levatrici e che la gravidanza non si sia svolta normalmente. Queste considerazioni soddisfano indubbiamente i requisiti formali richiesti dalla giurisprudenza in materia di motivazione. La scarsa motivazione oggetto di contestazione non può in queste condizioni essere necessariamente ricondotta ad una mancata comprensione della problematica legale sollevata dall'istante in lingua italiana come preteso nel ricorso, ma può anche e solo essere il tipo di tattica che la convenuta intende adottare nell'ambito della lite in parola. Per questo anche le censure rivolte alla motivazione della decisione impugnata non possono condurre all'annullamento della stessa. 3. a) Ai sensi dell'art. 29 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RU 832.10), oltre ai costi delle prestazioni in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume quelli delle prestazioni specifiche di maternità (cpv. 1) che per quanto qui in discussione comprendono gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da un medico o da una levatrice o prescritti da un medico (cpv. 2 lett. a). In virtù di quanto stabilito all'art. 64 cpv. 7 LAMal, per le prestazioni di maternità l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, sono esonerati dall'obbligo di partecipare ai costi soltanto le assicurate la

- 8 - cui gravidanza ha un decorso normale (DTF 127 V 268), anche se tale accezione non va intesa in modo restrittivo. La diversa tesi sostenuta dalla ricorrente e che si fonda sulla teoria di GEBHARD EUGSTER, (Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 1998, pag. 187 ss., nota 344) stando alla quale il privilegio di cui all'art. 64 cpv. 7 LAMal comprenderebbe anche le prestazioni

annoverate all'art. 29 cpv. 1 LAMal, per quanto si tratti di misure di carattere medico legate ai tipici rischi della gravidanza, è stata dal Tribunale federale rigettata nel giudizio citato (DTF 127 V 268). Pertanto, se la gravidanza dà luogo a complicazioni, le spese di cura non sono più considerate prestazioni in caso di maternità, bensì prestazioni in caso di malattia e sono dunque soggette alla partecipazione ai costi (franchigia e aliquota percentuale). b) Il 6 ottobre 2005 la consigliera nazionale Chantal Galladé ha depositato la mozione no. 05.3589 per modificare l'art. 64 cpv. 7 LAMal, nel senso di considerare quali prestazioni in caso di maternità le prestazioni garantite in caso di malattia (lett. a) e le prestazioni specifiche elencate all'articolo 29 cpv. 2 LAMal (lett. b). Il Consiglio federale il 9 dicembre 2005 ha proposto di accogliere questa mozione, affermando: "(...) Nelle sentenze più recenti il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) interpreta questa disposizione in modo molto restrittivo ed è del parere che un esonero dalla partecipazione ai costi debba entrare in linea di conto esclusivamente nel caso in cui vengono fornite le prestazioni specifiche di maternità di cui all'articolo 29 cpv. 2 LAMal. Le madri assicurate sono dunque esonerate dall'obbligo di versare la partecipazione ai costi unicamente in caso di gravidanza e parti normali, ma non nel caso in cui sorgano complicazioni. Il TFA motiva la sua interpretazione basandosi segnatamente sulla genesi e l'evoluzione della vecchia legge sull'assicurazione malattia (LAMI). Dal suo punto di vista per estendere

- 9 - l'esonero dalla partecipazione ai costi alle gravidanze ed ai parti che presentano complicazioni è necessario modificare la base legale. A causa dell'attuale tenore dell'articolo 64 cpv. 7 LAMal e della giurisprudenza del TFA si è venuta a creare una grande incertezza giuridica e una prassi non uniforme degli assicuratori in materia di partecipazione ai costi in caso di maternità. Il Consiglio federale è dunque disposto a proporre una precisazione della legislazione che permetta di tener conto della richiesta, fondamentalmente giustificata, esposta nella mozione." Il Consiglio nazionale ha adottato questa mozione il 19 marzo 2007 (BO 2007 N 390) ed il Consiglio degli Stati il 2 ottobre 2007. Nel comunicato stampa del 26 marzo 2010 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSS-N), riguardo alla revisione della LAMal, ha dichiarato quanto segue: "Nell'ambito di questa seduta, la Commissione ha inoltre proposto all'unanimità di sostenere la richiesta avanzata nelle mozioni Galladé, Gutzwiller, Häberli-Koller e Teuscher (05.3589-05.3892), ossia l'esonero dalla partecipazione ai costi per le prestazioni fornite in caso di maternità. Ciò concernerebbe le prestazioni mediche fornite tra la tredicesima settimana di gravidanza e l'ottava settimana successiva al parto e comporterebbe spese supplementari per circa 25 milioni di franchi (per la LAMal)." Nonostante tali evidenze, ad oggi il quadro giuridico della LAMal evidenziato sopra non è ancora stato modificato (vedi per un parere critico riguardo alla giurisprudenza del Tribunale federale anche UELI KIESER, in AJP 2002, pag. 580 ss.), per cui resta in vigore la citata giurisprudenza del Tribunale federale (vedi sulla questione la sentenza emanata dal Giudice delegato del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino del 23 agosto 2011 incarto no.36.2011.67). 4. a) L'assicurata considera che le prestazioni che reclama a titolo di maternità siano interamente riconducibili alla sua gravidanza a rischio. Si parla di gravidanza a rischio se vi è una speciale messa in pericolo della madre o

- 10 - del feto. Non vi è una definizione generalizzata di gravidanza a rischio, ma spetta al medico qualificare una gravidanza come tale in base alla patologia di cui soffre la madre, all'anamnesi clinica o alle risultanze dei controlli eseguiti. In effetti, il fattore età (giovanissima o superiore a 35 anni) può essere un elemento che rende la gravidanza a

rischio. A questo riguardo l'art. 13 dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Opre; RU 832.112.31), riguardante le prestazioni specifiche di maternità, opera una distinzione per le donne di età superiore ai 35 anni per quanto ha tratto all'amniocentesi ed al prelievo di villi coriali (vedi anche sulla questione ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea 1996, pag. 61). In ogni caso, in caso di gravidanza a rischio è dato operare una ripetizione di esami secondo la valutazione clinica (art. 13 Opre). Giusta quanto attestato dal ginecologo che ha seguita l'assicurata durante la gestazione in data 22 giugno 2012, la gravidanza in parola era qualificata a rischio in considerazione dell'età della paziente. Lo specialista in ostetricia considerava poi che la gravidanza presentasse delle complicazioni avendo subito l'assicurata delle perdite di sangue a livello vaginale. Per il medico, le analisi fatte eseguire erano riconducibili sia alla gravidanza a rischio che alle complicazioni intervenute e chiedeva l'assunzione delle stesse da parte della cassa malati come già preteso in data 5 maggio 2012. In detto scritto però le prestazioni contestate si riferivano ai normali esami iniziali praticati il 13 febbraio 2012 e quindi prima del verificarsi di eventuali "complicazioni" con perdite di sangue insorte solo in seguito. E' vero che in base alle risposte fornite dal medico e in seguito alla mancanza di concrete motivazioni riguardo l'indicazione medica per certe analisi non è dato sapere se egli abbia perfettamente capito la portata della problematica che gli è stata sottoposta, poiché in queste due attestazioni il medico si limita a chiedere l'assunzione dei costi delle analisi (ad eccezione del controllo della toxoplasmosi) da parte della

- 11 - cassa malati, cosa che non è assolutamente contestata. Contestato è solo a quale titolo tali costi vadano assunti. In ogni caso da quanto attestato e motivato espressamente dal medico nello scritto del 22 giugno 2012 la gravidanza era, da un lato, da ritenersi a rischio a causa dell'età della gestante e, dall'altro, essa presentava delle complicazioni dovute alle perdite di sangue a livello vaginale. b) Il 16 febbraio 2012, l'assicurata subiva delle perdite di sangue a livello vaginale che rendevano necessaria una consultazione presso il ginecologo. Ai sensi dell'art. 13 Opre, nelle gravidanze a rischio, i controlli vanno effettuati a seconda della valutazione clinica. Poiché per espressa ammissione dello specialista in ostetricia che seguiva l'assicurata (vedi scritto del 22 giugno 2012 risposta alla domanda 4.) le perdite di sangue vaginali venivano nel caso concreto qualificate come una complicazione in seno alla gravidanza, i costi della consultazione sono stati giustamente attribuiti da parte della convenuta a malattia. Per la ricorrente, poiché dalla consultazione non sarebbero emerse anomalie, la visita effettuata andrebbe assimilata ad un regolare controllo. Tale concezione non può però trovare conferma. In principio, la consultazione ha avuto luogo su segnalazione dell'istante nell'ambito di una sintomatica di carattere atipico rispetto ad una gravidanza normale. Pertanto già il motivo della consultazione (perdite di sangue) esulava dal quadro di quello che è la semplice visita di controllo, stabilita solitamente in anticipo e reputata sorvegliare il normale svolgimento della gestazione. Sull'ammontare di fr. 174.85 di cui alla fattura no. 6212698 la ricorrente non ottiene pertanto ragione di causa. c) Sono poi contestate delle specifiche analisi ordinate dal ginecologo e che esulano da quelle prescritte per le levatrici. A mente della rispettiva nota marginale, l'art. 62 dell'ordinanza sull'assicurazione contro le malattie

- 12 - (OAMal; RU 832.102) riguarda la designazione separata di determinate analisi. In questo senso il dipartimento era tenuto a designare le analisi che possono essere prescritte dalle levatrici conformemente all'articolo 29 cpv. 2 lettera a della legge (vedi lett. c). In

virtù della competenza di cui all'art. 52 cpv. 1 lett. a cifra 1 LAMal, il dipartimento ha emanato l'elenco delle analisi con tariffa che giusta l'art. 28 Opre sono parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 3 sotto il titolo Elenco delle analisi (EA). Il punto 5.3 appendice C dell'EA elenca "le analisi prescritte dalle levatrici (art. 62 cpv. 1 lett. c OAMal)". Il riferimento tra parentesi allo specifico disposto dell'OAMal lascia presupporre che le prestazioni riconosciute all'art. 62 cpv. 1 lett. c OAMal siano effettivamente solamente quelle concernenti le analisi figuranti sull'EA al punto 5.3.2. Dal canto suo, la ricorrente ritiene che il medico curante potesse ordinare qualsiasi tipo di analisi e non solo quelle specifiche di cui al punto 5.3.2 dell'allegato EA. In principio, le specifiche analisi riguardanti la gravidanza sono quelle elencate al punto 5.3.2 dell'EA che possono essere ordinate dalle levatrici e dai medici. Le altre analisi contenute nell'EA sono invece, per presunzione, riconducibili a malattia. E' pertanto evidente che sono esenti da partecipazioni ai costi le spese per le tipiche analisi che precedono una gravidanza normale, mentre i costi delle altre analisi contenute nell'Opre sono presunti essere a carico dell'assicurazione malattie. Tutte le analisi altrimenti riconducibili a malattia che il ginecologo ordina necessitano pertanto imperativamente di una specifica indicazione medica per essere considerate come analisi di gravidanza, altrimenti tali indagini non possono andare esenti da partecipazione ai costi o da franchigia. d) Nell'evenienza, malgrado le sollecitazioni fatte all'attenzione dello specialista in ostetricia è propriamente tale indicazione che ha da sempre fatto difetto. Nello scritto del 5 maggio 2012, lo specialista adduceva che

- 13 - "gli esami vengono effettuati regolarmente all'inizio di ogni gravidanza", per cui è evidente che tali esami iniziali non erano dettati da alcuna indicazione medica specifica. Anche in seguito, non viene in questo senso fornita alcuna indicazione medica precisa, al di fuori di semplici affermazioni prive di qualsivoglia motivazione (vedi le risposte fornite nello scritto del 22 giugno 2012). Concretamente contestate sono le analisi oggetto della fattura no. 256133, della quale la ricorrente riconosce come dovuti l'importo di fr. 25.45 come pure i costi derivanti dalle analisi per il toxoplasma gondii di fr. 40.25 nonché due esami preventivi uno immunoistochimico e l'altro per il PAP test. Per quanto riguarda la prima fatturazione, giustamente la ferritina, e di due esami del citomegalovirus e del Toxoplasma non sono inclusi nell'elenco delle levatrici e non sono quindi stati imputati a maternità. La fatturazione operata sfugge pertanto alle critiche di ricorso. Per le stesse ragioni gli importi di fr. 180.70 e di fr. 21.70 di cui alle fatture no. 5223 0677 e no. 5222 9396 riguardanti degli esami ginecologici preventivi ai sensi dell'art. 12e lett. b Opre sono stati a giusta ragione conteggiati all'istante quali costi di malattia soggetti alla partecipazione dei costi e alla franchigia. Una valida giustificazione medica per considerare tali analisi come specifiche prestazioni di gravidanza, malgrado la loro inclusione nella lista della cure medico- sanitarie soggette a partecipazione, non è stata fornita, per cui su questi punti il ricorso è respinto. e) In base a quanto addotto dall'assicurata nel proprio ricorso, le analisi non contenute nella lista delle levatrici e oggetto della fattura no. 631 5014 di fr. 212.80, riferite all'esame dell'eventuale contagio da infezioni a causa di chlamydia trachomatis (che a seconda del sierotipo è associata a infezioni genitali) o mycoplasma (parassiti che colpiscono l'apparato genitale), sarebbero state ordinate nell'ambito di un ricovero presso l'Ente ospedaliero cantonale ticinese a seguito di leggeri sanguinamenti. In

- 14 - effetti, dalla fatturazione risulta che il committente era effettivamente l'Ente ospedaliero cantonale ticinese e i motivi delle analisi richieste erano dai medici relazionati

alla maternità. Manca però anche qui una indicazione medica per riconoscere che tali prestazioni potessero essere in relazione con la gravidanza a rischio dell'assicurata. Per l'assicurazione malattie, anche fondandosi su quanto già confermato dal ginecologo in data 22 giugno 2012, ovvero che i sanguinamenti vaginali andavano considerati come una complicazione della gravidanza, tali esami esulerebbero dalle prestazioni per una gravidanza normale. Questa argomentazione merita protezione essenzialmente per gli stessi motivi di quelli esposti in precedenza e riferiti ad un evento analogo. Gli esami ordinati a seguito della consultazione presso l'Ente ospedaliero cantonale ticinese esulano dal contesto di una gravidanza a rischio, ma vanno giustamente qualificati come prestazioni a seguito di complicazioni e quindi riconducibili a malattia. Contrariamente al parere dell'istante, non può essere l'esito degli esami a determinare la loro assunzione a titolo di maternità o di malattia, bensì l'indicazione medica per procedere ad un tale esame. Che tale concezione possa apparire a tratti insoddisfacente è comprensibile. Apportare dei correttivi è però compito del legislatore e non di questo Giudice. 5.a) Mediante precetto esecutivo no. \_\_\_\_\_ del 6 novembre 2012, la cassa malati convenuta ha chiesto all'istante il pagamento degli importi di fr. 174.85 e di fr. 212.80 con interessi del 5% dal 1. agosto 2012. L'istante contesta la liceità della messa in esecuzione, allorché la prestazione era ancora contestata e chiede l'esonero da spese e interessi. Giusta l'art. 64a cpv. 1 e 2 LAMal, se l'assicurata non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza prevista, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, deve diffidarla assegnandole un termine supplementare di 30 giorni e indicandole le conseguenze della mora. Se,

- 15 - nonostante la diffida, l'assicurata non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore deve richiedere l'esecuzione. Nell'evenienza concreta, l'assicurata era stata invitata il 24 maggio ed il 23 agosto 2012 a voler pagare gli importi ancora scoperti. In data 20 settembre 2012, la convenuta diffidava l'assicurata per il pagamento dell'importo di fr. 174.85 e di fr. 212.80 e le indicava le conseguenze in caso di mora. I presupposti per procedere all'esecuzione ai sensi dell'art. 64a cpv. 2 LAMal erano pertanto dati, indipendentemente dal fatto che l'assicurata non condividesse il conteggio operato. Una prima decisione impugnabile al riguardo veniva emanata nel corso del mese di ottobre 2012, dopo quindi la data della messa in esecuzione.

b) Giusta l'art. 26 della legge Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RU 830.1), i crediti di contributi dovuti o di contributi indebitamente riscossi sottostanno rispettivamente a interessi di mora o remunerativi. Il Consiglio federale può prevedere eccezioni per importi esigui e termini di breve durata. L'obbligo di versare interessi di mora insorge con l'esigibilità del contributo e non con la messa in mora (GUSTAVO SCARTAZZINI/MARC HÜRZLER, Bundesversicherungsrecht, Basilea 2012, pag. 69, marginale 47). Poiché il tasso degli interessi di mora secondo l'articolo 26 cpv. 1 LPGA è del 5 % anche l'entità dell'interesse preteso nel caso concreto, del resto come tale non contestato, non dà adito a critica. Per quanto riguarda invece le spese del precetto esecutivo, queste seguono le sorti dell'esecuzione - e non possono essere imposte né dall'assicuratore né dal tribunale delle assicurazioni - in quanto costituiscono un accessorio del credito che deve essere sopportato dalla debitrice se non riesce ad opporsi con successo all'esecuzione, in caso contrario dalla parte creditrice. Esse sono aggiunte alla somma oggetto di esecuzione per la quale è stato concesso il rigetto

- 16 - dell'opposizione (DTF 71 III 144; STF B 21/02 dell'11 dicembre 2002), senza che sia necessaria un'esplicita pronuncia nel merito.

#### **E. 6**

In conclusione, il ricorso è respinto e viene in questa sede confermata la decisione impugnata. La procedura è gratuita e l'assicuratore anche se vince la causa non ha diritto alle ripetibili (art. 61 lett. g LPGA). Il Giudice unico decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. La procedura è gratuita. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazioni]

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.