

TI_GERICHTE 36.2004.3 vom 20. November 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-11-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.3

FR: TI_GERICHTE 36.2004.3 du 20 novembre 2003

IT: TI_GERICHTE 36.2004.3 del 20 novembre 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 02.03.2004 36.2004.3 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 02.03.2004 36.2004.3 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 02.03.2004 36.2004.3

Sentenza o decisione senza scheda

Raccomandata Incarto n. 36.2004.3 cs /tf Lugano 2 marzo 2004 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici redattore: Christian Steffen , vicecancelliere segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso dell'8 gennaio 2004 di _____ contro la decisione del 20 novembre 2003 emanata da _____ in materia di assicurazione sociale contro le malattie ritenuto, in fatto 1.1. _____, nata nel _____, è assicurata presso _____ per la copertura di base dell'assicurazione obbligatoria, compreso il rischio infortunio (doc. _). Dal 15 marzo 2002 al 25 marzo 2002 l'interessata è stata degente presso l'Ospedale _____ a causa di un' " emorragia sottodurale " (doc. _). L'assicuratore ha assunto i costi del ricovero chiedendo il pagamento dell'importo di fr. 1'500 pari alla franchigia sottoscritta per il 2002. Ritenendo l'evento traumatico subito quale infortunio, l'assicurata ha contestato la presa di posizione della Cassa ed ha in particolare richiesto l'applicazione di una franchigia di fr. 230. Con decisione su opposizione del 20 novembre 2003 _____ ha confermato la condanna al pagamento di fr. 1'500 a carico di _____. 1.2. L'assicurata è tempestivamente insorta contro la predetta decisione, affermando: " 1) La qui ricorrente, nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Lamal) per l'anno 2002 ha stipulato con l'_____ il contratto assicurativo optando per una franchigia di fr. 1500.- e pagando il relativo premio mensile di fr. 161,30 per rischio malattia e fr. 20,20 per rischio infortunio così come anche ammesso nella decisione impugnata. 2) Nella seconda metà del gennaio 2002 l'istante ha inavvertitamente ed in modo violento battuto la parte sinistra della testa contro lo spigolo della porta della celletta di congelazione del frigorifero di casa. Allo stordimento iniziale ha fatto seguito un grosso ematoma esterno poi riassorbitosi entro una decina di giorni. In proseguo di tempo lo stato di salute è andato peggiorando in modo tale da richiedere il 15.03.02 il proprio ricovero all'ospedale _____ dove, come alle descrizioni di pagina 2 della decisione impugnata, la natura traumatica dello stato della paziente appare accertata. Se necessario il Dr. _____ – che per primo mi ha presa in cura il 15.3.02 – potrà certificare la giustezza di quanto sopra indicato. 3) Senza particolari problemi l'_____ che, come evincesi da tutta la documentazione passata tra le parti e che si allega alla presente, considerata una uguale franchigia sia per caso di malattia che

d'infortunio, ha liquidato l'accaduto caricando alla sottoscritta la franchigia fr. 1500 da me poi soluta come al relativo conteggio rimessomi dall'assicurazione stessa. 4) A fronte di quanto suesposto e constatato come il premio "infortuni" contrattuale per l'anno 2002 non differiva a seconda della franchigia scelta ma, rimaneva invariato a fr. 20,20 mensili, con scritto 2.4.03 informavo l'_____ dell'accaduto invitandola a pronunciarsi in merito alla misura della franchigia applicata in quella circostanza. Alle risposte dell'_____, solo telefoniche dei primi tempi, seguirono le posizioni scritte del 2.7.03 e del 24.7.03 che, a mia mente, non affrontavano convenientemente il problema posto col mio scritto 2.4.03. Si giunse poi, dopo un mio ulteriore scambio di corrispondenza alla decisione 22.10.03 poi confermata con la decisione su opposizione 20.11.03 oggetto quest'ultima del presente ricorso. 5) Entrando nel merito della decisione impugnata si contesta d'essere confrontati, nel presente caso con un evento malattia essendo reale quanto improvvisamente accaduto e descritto al superiore punto 2 e la cui violenza ha causato il noto trauma alla base del ricovero nel nosocomio _____ del 15.3.02. Per quanto riguarda invece la pretesa mancata notifica del sinistro si ritiene che la lettera 02.04.03 inviata all'_____ rispetti i requisiti posti dalla legge tant'è che, anche nella decisione 22.10.03, l'_____ non ha sollevato obiezioni in merito all'infortunio annunciatole di fatto il 2 aprile 2003. D'altronde l'assicurazione avrebbe potuto, se le necessitavano, richiedere altre informazioni rimettendo, come solitamente viene fatto, lo specifico formulario all'infortunata; cosa che l'_____ non ha ritenuto opportuno fare. Perciò avvalersi oggi, così come scritto dall'_____ nell'impugnata decisione su opposizione 20.11.03, di una pretesa mancata notifica di sinistro o di trovarsi confrontata, primariamente, nella presente fattispecie con un caso "malattia", per respingere in prima battuta le richieste dell'assicurata, dopo tutto quanto precede, non sembra appropriato. E non appropriato sembra anche quanto esposto dall'_____ a pagina 5 della propria decisione nel punto in cui scrive: "(e magari per evitar ulteriori e inutili oneri alla collettività) quest'istanza ritiene doveroso ribadire che – comunque le censure sollevate sono da respingere anche in tema d'infortuni" perché chi scrive ritiene che avvalersi degli strumenti previsti dalla legge non possa essere semplicemente equiparato ad inutili oneri accollati alla collettività e ciò a maggior ragione considerato che, nella decisione formale 22.10.03, l'assicurazione definisce "interessante" la problematica oggetto del presente contenzioso. D'altronde, come dimostrato dall'allegata documentazione, proprio un puntuale nostro intervento, ha permesso a suo tempo all'_____ di recuperare, nell'ambito delle prestazioni sanitarie, un inopportuno pagamento fatto a terzi. E quanto sopra solo per completezza dato che ciò non potrà in nessun modo influenzare il giudizio chiesto in questa sede. 6) Atteso che l'assicurata nel 2002 ha versato un premio per "infortunio" di fr. 20,20 mensili nell'ambito di una copertura assicurativa di prestazioni medico-sanitarie con franchigia massima di fr. 1500.- e considerato che il premio di fr. 20,20 corrisponde ad una franchigia di fr. 230.- con la presente istanza si chiede l'applicazione di quest'ultima franchigia per il caso d'infortunio che ci occupa. Tale richiesta trova il supporto nel fatto che, contrariamente a quanto asserito dall'_____, la legge prescrive la separazione del premio per il rischio infortunio (art. 89 OAMal) da quello per "malattia". In più prescrive (art. 95 OAMal) che i premi con franchigia opzionale vengano fissati, sulla base dell'assicurazione ordinaria e nell'esatto rispetto dei principi attuariali per ambedue le forme di quest'assicurazione. Visto come i premi applicati dall'_____ per il rischio "infortuni" non differiscono a seconda della franchigia scelta (e pertanto non in linea con i disposti dell'ultima suaccennata norma) ma ricalcano quello della franchigia base appare giustificato richiedere (per analogia cfr. art. 76

LAMal) che a premi uguali corrispondano prestazioni uguali. Viene qui comunque fermamente contestata l'affermazione dell' _____ (riga 23 di pagina 6 della decisione impugnata) che l'identità dei premi rischio "infortuni" sia solo casuale atteso che, nei calcoli delle assicurazioni, nulla è lasciato al caso ed ancora meno lo dovrebbe essere quando questi calcoli, per legge, devono rispettare principi attuariali. Ed a fronte di quanto precede stupisce lo scritto 02.07.03 dell' _____ nel punto in cui afferma che per il premio infortuni "L' _____ accorda una riduzione del 7%. Di conseguenza l'importo differisce a seconda del tipo di franchigia". Da un esame ravvicinato emerge invece che il citato 7% corrisponde solo al rapporto tra il premio lordo dell'assicurazione ordinaria (con franchigia di fr. 230.-) e la sola parte della copertura "infortunio" il cui ammontare viene poi applicato in modo lineare a tutte le franchigie opzionali scelte dagli assicurati. Di riflesso il principio attuariale prescritto dalla legge per la determinazione dei premi in base alla franchigia per i singoli rischi (combinati disposti art. 89 e 95 OAMal), si pensa, non risulterebbe seguito in modo confacente. Perciò anche lo specchietto premi riportato a pagina 6 della decisione contestata presta il fianco a qualche considerazione dato che, per quanto è dato sapere, contrariamente a quanto specificato, l' _____ nel 2002 per una franchigia opzionale di fr. 400.-, percepiva un premio malattia non di fr. 267,10 ma bensì di fr. 253.- ed il rispettivo premio infortuni non era di fr. 6,10 ma bensì sempre i noti fr. 20,20. Genera inoltre qualche interrogativo la proposta di risparmio No. _____ che indica un ribasso max del 40% mentre in effetti tale ribasso annuo – calcolato come di legge sul premio lordo – è invece del 36,82%. Il ribasso del 39,61 (paragonabile all'offerto 40%) se, contrariamente ai disposti di legge, la riduzione è valutata sulla sola parte di premio "malattia". In questo modo, calcolando la riduzione di premio su una sola categoria (malattia) delle due componenti l'assicurazione di base (malattia e infortunio) i parametri attuariali previsti dalla legge non dovrebbero risultare rispettati. E ciò anche se, a prima vista, almeno per gli assicurati base (malattia + infortunio), dopo i relativi calcoli, le cose potrebbero anche non cambiare. D'altronde il limite massimo di ribasso in franchi stabilito dalla legge non dovrebbe influire sulle modalità di calcolo, che, come già detto devono fondarsi sui premi dell'assicurazione ordinaria e in base alle esigenze attuariali. Si aggiunge infine che il principio della graduazione della franchigia a seconda del premio nell'ambito del medesimo contratto - avverso dall' _____ - appare sostenibile anche sulla base dell'art. 64 LAMal; disposto che non prevede una franchigia unica (come preteso dalla controparte) ma solo una franchigia massima così che la possibilità di franchigie differenziate, come inteso dalla, non appare di principio negata. In conclusione: Sulla base di tutto quanto precede, richiamata l'intera corrispondenza passata tra le parti – che si trasmette in allegato alla presente – ed i disposti della LAMAL e relativa Ordinanza applicabili alla fattispecie si chiede a codesto lodevole Tribunale di giudicare: - l'istanza è accolta e di conseguenza l'impugnata – Decisione su opposizione – 20.11.2003 dell' _____ caso N. _____ è annullata. - di conseguenza quanto accaduto alla ricorrente nel gennaio 2002 viene riconosciuto come caso infortunio con franchigia a carico dell'assicurato di fr. 230.-." (Doc. _) 1.3. Con risposta del 13 gennaio 2004 la Cassa propone di respingere il ricorso e osserva: " Ad 5. Per quanto concerne l'esistenza e la formale comunicazione del sopraggiungere di un infortunio la ricorrente sostiene che _____ avrebbe comunque – cioè anche in assenza di una comunicazione specifica (art. 111 OAMal) – dovuto capire dalla documentazione già in suo possesso che la fattispecie adempiva le condizioni di un caso d'infortunio e non di malattia: semmai, a mente della ricorrente, malgrado lo scambio di corrispondenza, se l'assicuratore sociale

avesse avuto dubbi in proposito avrebbe dovuto trasmettere il formulario d'annuncio infortuni. Orbene, secondo la qui convenuta seguire l'argomentazione data dalla ricorrente consisterebbe a stravolgere il chiaro tenore dell'art. 111 OAMal. Infatti, il legislatore ha previsto il principio che spetta all'assicurato notificare l'infortunio e a tal proposito, particolare attenzione, dev'essere prestata alla comunicazione dell'ora, delle circostanze dell'infortunio, delle conseguenze dell'infortunio, del medico curante o dell'ospedale e citare eventuali responsabili e assicurazioni interessate. La qui convenuta fatica piuttosto a trovare, fra la documentazione messa a disposizione dalla qui ricorrente, traccia degli estremi dell'esistenza di un infortunio anche perché sia la notifica d'entrata (doc. _) che quella d'uscita (doc. _) – documenti stilati dall'ospedale – indicano, espressamente, che la fattispecie rientri nel concetto di malattia giustificando così la liquidazione effettuata da _____ (franchigia CHF 1'500.-) (docc. _, _). Ad 6. La qui convenuta premette che, a suo modo di vedere, la ricorrente nel proprio atto ricorsuale espone una serie di problematiche che debordano rispetto all'oggetto della decisione impugnata e meglio la negazione da parte dell'assicuratore sociale di applicare una franchigia annua di CHF 230.- rapportata al premio assicurativo inerente la copertura infortuni fissato in CHF 20.20: unico oggetto del contendere della presente procedura. Ciò detto in tema di franchigie e coperture assicurative la qui convenuta deve dunque ribadire che la signora _____ è assicurata presso _____ sia per il rischio malattia che per quello infortunio (cfr. art. 8 LAMal). Assodato pure che la signora _____ non abbia mai richiesto sospensioni di copertura non essendo assicurata LAINF ne discende, giocoforza, che attraverso, un solo contratto assicurativo, l'assicurata in parola dispone di una copertura assicurativa contro due rischi distinti e meglio la malattia (art. 3 LPGa), l'infortunio (art. 4 LPGa). In tema di coperture assicurative si ricorda che il legislatore federale ha espressamente concesso l'opportunità agli assicuratori sociali di offrire ai propri assicurati – sempre in ambito LAMal – delle coperture differenziate rispetto all'assicurazione di base e meglio: 1) assicurazione con franchigia opzionale, 2) assicurazione con bonus, 3) assicurazione con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. La qui ricorrente ha optato per un'assicurazione con franchigia opzionale e più precisamente la signora _____ dispone di una copertura assicurativa avente quale oggetto la malattia e l'infortunio con franchigia pari a CHF 1'500.-. In ambito di assicurazione con franchigie opzionali la fissazione del premio è retta dall'art. 95 OAMal. Punto di riferimento è, e resta l'ammontare del premio assicurativo dell'assicurazione ordinaria (cfr. art. 89 OAMal) il cui importo è oggetto di approvazione da parte dell'UFAS (Art. 92 OAMal). Necessita pure ribadire che nell'ambito della fissazione del premio delle assicurazioni con franchigie opzionali il legislatore ha ommesso d'indicare una qualsivoglia dicotomia fra il premio malattia e quello infortuni specificando – solo ed esclusivamente – che l'assicuratore sociale può (ma non deve) concedere una riduzione massima del premio assicurativo inerente l'assicurazione di base rispetto alla copertura pattuita (malattia o malattia/infortunio) in funzione della franchigia prescelta. Più precisamente, per l'anno 2002, _____ proponeva i seguenti premi rispetto alle franchigie disponibili:

franchigia di base	premio malattia e infortunio	malattia	differenza
CHF 230.--	CHF 287.30	CHF 267.10	CHF 20.20
franchigia opzionale	premio malattia e infortunio	malattia	differenza
CHF 400.--	CHF 273.20	CHF 267.10	CHF 6.10
CHF 600.--	CHF 256.50	CHF 236.30	CHF 20.20
CHF 1'200.--	CHF 206.50	CHF 187.--	CHF 19.50
CHF 1'500.--	CHF 181.50	CHF 161.30	CHF 20.20

Da una lettura attenta della tabella ricapitolativa, malgrado le perplessità espresse dalla qui ricorrente, appare come la quota-parte del premio infortunio per una franchigia opzionale di CHF 1'500.—risulti

essere identica a quella inerente la franchigia obbligatoria di CHF 230.--. Da questa situazione, la signora _____ ritiene corretto ottenere uno "splitting", in sede di liquidazione della fattura del nosocomio _____, in funzione delle franchigie per i due rischi assicurati (malattia/infortuni) presso _____. A differenza delle considerazioni espresse dalla ricorrente, seguire detta tesi, non solo, consisterebbe a negare il principio stesso dell'esistenza di una franchigia opzionale rispetto a quella obbligatoria ma, quel che è peggio, - poiché non voluto dal legislatore, - creare due modalità di liquidazione all'interno di un solo contratto avente quale oggetto due rischi distinti. Del resto, vista la tematica nella sua globalità (cioè facendo riferimento alle altre franchigie opzionali disponibili), non c'è chi non veda come la circostanza per la quale la quota di premio assicurativo con franchigia opzionale inerente l'infortunio corrisponde solo casualmente all'identico premio per una copertura infortuni con franchigia obbligatoria secondo la quale "la riduzione di premio dovuta alla franchigia opzionale scelta è stata accordata unicamente sulla parte "malattia" lasciando invariato il premio del settore "infortunio" è assolutamente improponibile. Ma non solo. Sempre dall'esame dello specchio riassuntivo sopraindicato, malgrado le censure della ricorrente, si può tranquillamente dedurre che la tesi della signora _____ è claudicante poiché se il legislatore avesse, effettivamente, voluto concretizzare il tema di assicurazione con franchigia opzionale quanto asserito dall'assicurata lo avrebbe espressamente previsto. Infine, a mente della qui convenuta, l'applicazione del "principio attuariale" sollecitata dalla signora _____ è improponibile poiché detto principio concerne, come ben evidenzia l'art. 95 cpv. 1 OAMal, la creazione di adeguate riserve e la compensazione dei rischi in ambito di assicurazione con franchigia opzionale e non in ambito di assicurazione di base." (Doc. _) 1.4. Pendente causa le parti hanno presentato ulteriori osservazioni tramite le quali hanno ribadito le loro argomentazioni (doc. da _ a _). in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se in concreto l'assicuratore deve applicare la franchigia di fr. 230 o quella di fr. 1'500. Va innanzitutto rilevato che con il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), che ha comportato diverse modifiche della LAMal. Mentre le norme sostanziali non sono applicabili in concreto poiché da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme in vigore al momento in cui si realizza la fattispecie che esplica degli effetti (SVR 2003, IV nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; cfr. DTF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa A., P 76/01, consid. 1.3, pag. 4; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 2 pag. 3 e STFA del 9 gennaio 2003 nella causa P., H 345/01, consid. 2.1, pag. 3; DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 121 V 366 consid. 1b), le norme procedurali, in assenza di disposizioni transitorie, trovano immediata applicazione (SVR 2003, IV nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; cfr. DTF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a). Per cui ogni riferimento è da intendere nel

tenore in vigore fino al 31 dicembre 2002, eccetto indicazioni in senso contrario. 2.3. Per l'art. 8 cpv. 1 LAMal la copertura di infortuni può essere sospesa fintanto che l'assicurato è interamente coperto per questo rischio, a titolo obbligatorio, giusta la legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta dell'assicurato, il quale deve provare di essere interamente assicurato ai sensi della LAINF. Il premio è ridotto in proporzione. Il cpv. 2 prevede che gli infortuni sono coperti ai sensi della legge non appena la copertura dell'infortunio giusta la LAINF cessa in tutto o in parte. Giusta l'art. 8 cpv. 3 LAMal l'assicurazione sociale malattie prende a carico tutti i postumi d'infortunio che essa assicurava prima della sospensione dell'assicurazione. Per l'art. 61 LAMal, l'assicuratore stabilisce l'ammontare dei premi dei propri assicurati. Sempreché la legge non preveda eccezioni, l'assicuratore riscuote dai propri assicurati premi uguali (cpv. 1). L'assicuratore può graduare i premi se è provato che i costi differiscono secondo i Cantoni e le regioni. Determinante è il luogo di domicilio dell'assicurato. Sono possibili al massimo tre graduazioni regionali per Cantone (cpv. 2). Per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni, l'assicuratore deve fissare un premio più basso rispetto a quello degli assicurati d'età superiore (adulti). Egli è legittimato a fare altrettanto nel caso di assicurati che non hanno ancora compiuto 25 anni e che stanno svolgendo una formazione (cpv. 3). L'ammontare dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve essere approvato dal Consiglio federale. Prima dell'approvazione, i Cantoni possono prendere posizione in merito alle tariffe dei premi previste per la loro popolazione; la procedura d'approvazione non deve esserne ritardata (cpv. 4). L'art. 90 OAMal prevede che di regola i premi devono essere pagati mensilmente.

2.4. Giusta l'art. 64 cpv. 1 LAMal, gli assicurati partecipano ai costi delle prestazioni ottenute. La partecipazione ai costi comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale) (cpv. 2). Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari (cpv. 5). Secondo l'art. 103 cpv. 1 OAMal, la franchigia prevista nell'articolo 64 cpv. 2 lett. a della legge ammonta a 230 franchi per anno civile dal 1° gennaio 1998 (cfr. RU 1997 2435, in precedenza fr. 150). L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 cpv. 2 lett. b della legge ammonta a 600 franchi per gli assicurati adulti e a 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (cpv. 2). Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data della cura (cpv. 3). A norma dell'art. 93 cpv. 1 OAMal, oltre all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori possono esercitare un'assicurazione per la quale gli assicurati possono scegliere una franchigia superiore a quella prevista nell'articolo 103 capoverso 1 (franchigie opzionali). Le franchigie opzionali ammontano a partire dal 1° gennaio 1998 a fr. 400, 600, 1200 e 1500 (cfr. RU 1997 2435; in precedenza a 300, 600, 1200 e 1500 franchi) per gli assicurati adulti e a 150, 300 e 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. L'assicuratore che esercita questa forma d'assicurazione deve offrire tutte le franchigie opzionali. Per l'art. 89 OAMal l'assicuratore deve indicare separatamente per ogni assicurato i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, scindendo il premio per il rischio infortuni ivi incluso (lett. a), dell'assicurazione d'indennità giornaliera (lett. b), delle assicurazioni complementari (lett. c.) e degli altri rami d'assicurazione (lett. d). Gli assicuratori devono inviare all'UFAS per approvazione le tariffe dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e corrispettive modifiche al più tardi cinque mesi prima della loro applicazione. Queste tariffe non sono applicabili prima di essere state approvate dall'UFAS (art. 92 cpv. 1

OAMal). I premi dell'assicurazione con franchigie opzionali devono fondarsi su quelli dell'assicurazione ordinaria. Gli assicuratori provvedono affinché gli assicurati di ambedue queste forme d'assicurazione contribuiscano alla costituzione delle riserve e alla compensazione dei rischi nella misura esatta secondo i principi attuariali d'assicurazione (art. 95 cpv. 2 OAMal). Per l'art. 95 cpv. 1 bis OAMal l'assicuratore deve stabilire l'ammontare della riduzione del premio in base alle esigenze attuariali. In particolare provvede affinché la riduzione per anno civile non superi il rischio supplementare di partecipare ai costi assunto dagli assicurati che hanno scelto franchigie opzionali. Il cpv. 2 prevede che rispetto ai premi dell'assicurazione ordinaria, gli assicuratori possono ridurre quelli delle assicurazioni con franchigie opzionali al massimo dell'8 per cento se la franchigia è di 400 franchi per gli assicurati adulti (lett. a), del 15 per cento se la franchigia è di 600 franchi per gli assicurati adulti e di 150 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (lett. b), del 30 per cento se la franchigia è di 1200 franchi per gli assicurati adulti e di 300 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (lett. c), del 40 per cento se la franchigia è di 1500 franchi per gli assicurati adulti e di 375 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni (lett. d).

2.5. Va innanzitutto rilevato che il TFA ha già stabilito che la franchigia deve essere pagata non soltanto in caso di prestazioni derivanti da un caso malattia, bensì anche se l'accaduto va qualificato quale infortunio. In particolare l'Alta Corte, con sentenza del 23 dicembre 1997, pubblicata in RAMI 1998 a pag. 56 segg., ha affermato che laddove la copertura non sia sospesa, la franchigia – anche quella opzionale – si applica anche all'infortunio, poiché non vi sono esplicite norme in merito e nessuna ragione d'ordine sociale tale da escludere la percezione della franchigia anche in caso di infortuni. Più dettagliatamente il TFA così si è espresso in merito: " a) Aus der dargestellten gesetzlichen Ordnung ergibt sich zunächst, dass aus der Krankenpflegeversicherung nicht nur bei Krankheit und Mutterschaft, sondern auch bei Unfall Leistungen erbracht werden, sofern die Unfalldeckung nicht sistiert ist. Gesetzlich bestimmt ist im weitem, dass sich der Versicherte an den Kosten der Krankenpflegeversicherung beteiligen muss, indem er eine Franchise und einen Selbstbehalt zu Übernehmen hat. b) Eindeutig festgelegt ist auch, dass der Versicherte in der Franchisversicherung eine grössere Kostenbeteiligung zu tragen hat als in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung (Erw. 1/b hievor). Da die Krankenpflegeversicherung Leistungen sowohl bei Krankheit und Mutterschaft als auch bei Unfall erbringt, muss, wie das BSV zu Recht geltend macht, die grössere Kostenbeteiligung in der Franchisversicherung auch bei Leistungen für Unfall zur Anwendung gelangen. Mit dieser Schlussfolgerung stimmt überein, dass der Gesetzgeber die Kostenbeteiligung für Leistungen bei Mutterschaft, nicht aber bei Unfall, ausdrücklich ausgeschlossen hat. Wenn er die Kostenbeteiligung auch bezüglich der Unfalleistungen hätte ausschliessen wollen, wäre zweifellos eine entsprechende Regelung getroffen worden; anders als für die Mutterschaft bestanden dazu indessen offensichtlich weder sozialpolitische noch sonstige Gründe. Für die Annahme einer Gesetzeslücke besteht deshalb entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein Raum. Da die Kostenbeteiligung in der Franchisversicherung grösser sein muss als in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung, ist auch die Auffassung des Beschwerdeführers, bei Unfalleistungen aus der Franchisversicherung dürfe nur die für die ordentliche Krankenpflegeversicherung festgesetzte Franchise veranschlagt werden, mit der gesetzlichen Regelung nicht vereinbar ." (sottolineature del redattore) Non si può sostenere neppure che una franchigia non solo non sia dovuta ma debba essere differenziata tra i casi di malattia ed infortunio alla luce della particolare

natura di questa copertura assicurativa in sé sussidiaria e completa come rilevato in precedenza. Il TFA, nella sentenza citata, osserva infatti come: " d) An diesem Ergebnis vermag der Einwand des Beschwerdeführers, zwischen der Jahresfranchise von 1200 Franken und der entsprechenden, geringfügigen Einsparung bei der "Unfallprämie" bestehe ein krasses Missverhältnis, nichts zu ändern. Dies allein schon deshalb nicht, weil die Versicherer für die Krankenpflegeversicherung eine Gesamtprämie, und nicht je eine Prämie für das Krankheitsrisiko, das Unfallrisiko und das Mutterschaftsrisiko erheben. Dies wird zwar nirgends ausdrücklich gesagt, ergibt sich aber aus folgendem: Art. 8 Abs. 1 KVG bestimmt, dass bei Sistierung der Unfalldeckung "die Prämie" entsprechend herabgesetzt wird; konsequenterweise spricht Art. 10 Abs. 2 KVG vom "Prämienanteil" für die Unfalldeckung. Für die Krankenpflegeversicherung wird also eine einzige Prämie erhoben; diese wird herabgesetzt, wenn die Unfalldeckung ruht. Damit der Versicherte weiss, welchen Prämienanteil er einspart, wenn er die Unfalldeckung sistiert, ist nach Art. 89 lit. a KVV "die Prämie für den Einschluss des Unfallrisikos" (im Versicherungsausweis oder in der Prämienrechnung) "gesondert aufzuführen"; unter dem hier verwendeten Begriff "Prämie", kann konsequenterweise nur der "Prämienanteil" im Sinne von Art. 10 Abs. 2 KVG verstanden werden. e) Dass die Versicherer in der Krankenpflegeversicherung eine Gesamtprämie und nicht je eine Prämie für die drei versicherten Risiken erheben, ergibt sich schliesslich auch aus den Vorschriften über die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung. Nach Art. 60 Abs. 1 KVG wird "die obligatorische Krankenpflegeversicherung ... nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert", wobei die Versicherer für diese Versicherung gemäss Art. 60 Abs. 3 KVG eine besondere Betriebsrechnung zu führen haben. Für die "obligatorische ordentliche Krankenpflegeversicherung" und für jede der besonderen Versicherungsformen nach Art. 62 Abs. 1 und 2 KVG also auch für die Franchisenversicherung müssen gemäss Art. 81 Abs. 1 KVV Aufwand und Ertrag getrennt ausgewiesen werden; dass dabei nach den Risiken Krankheit, Unfall und Mutterschaft zu unterscheiden wäre, verlangt in Obereinstimmung mit dem Gesetz auch die Verordnung nicht. Zu berechnen ist somit klarerweise die Gesamtprämie für jede Form der Krankenpflegeversicherung (ordentliche Krankenpflegeversicherung sowie besondere Versicherungsformen im Sinne von Art. 62 Abs. 1 und 2 KVG). Dieser Schlussfolgerung steht auch Art. 60 Abs. 3 KVG nicht entgegen, wonach in der Betriebsrechnung die Prämien und die Leistungen für Krankheit und Unfälle getrennt "auszuweisen" sind. Dies ist nötig, weil nach Art. 8 Abs. 1 KVG die (Gesamt)Prämie während des Ruhens der Unfalldeckung "entsprechend", also im Umfang des Anteils der Unfallkosten an den Gesamtkosten der Krankenpflegeversicherung, genauer der gewählten Krankenpflegeversicherungsform (ordentliche Krankenpflegeversicherung oder besondere Krankenpflegeversicherung im Sinne von Art. 62 Abs. 1 und 2 KVG), herabzusetzen ist. Auch aus Art. 60 Abs. 3 KVG ist deshalb nicht zu folgern, in der Krankenpflegeversicherung würden drei Prämien für die Risiken Krankheit, Unfall und Mutterschaft, oder zumindest zwei Prämien für Krankheitsrisiko und Mutterschaftskosten einerseits und Unfallkosten andererseits berechnet und in Rechnung gestellt. Eine "Unfallprämie" gibt es somit nicht, und damit auch kein Missverhältnis zwischen der in der Franchisenversicherung zu gewährenden Reduktion auf einer solchen und der Höhe der vereinbarten Franchise." (RAMI 1998 56segg., sottolineature del redattore) Per cui, nel caso di specie, è superfluo stabilire se l'evento subito dall'insorgente sia da qualificare quale infortunio oppure quale malattia. Infatti, in entrambi i casi la franchigia è dovuta nella stessa misura. Non vi è alcuna differenza nell'importo della

franchigia a dipendenza della qualifica dell'evento. L'assicurata rileva tuttavia che vi sarebbe un discordanza tra quanto impone la legge (riduzione del premio in maniera proporzionale secondo il sistema attuariale) e il premio calcolato da _____ (riduzione di fr. 20.20 per tutte le franchigie, eccetto per quella di fr. 400 e di fr. 1'200). 2.6. Va innanzitutto rilevato, come sottolinea giustamente l'insorgente, che anche per la franchigia di fr. 400 (e di fr. 1'200), contrariamente a quanto affermato dalla Cassa, vi deve essere una riduzione di fr. 20.20 del premio e non di soli fr. 6.10. Infatti, come emerge dalla documentazione dell'UFAS prodotta dall'insorgente e relativa ai premi del 2002, dal premio lordo di base viene dedotta, per tutte le franchigie, una percentuale del 7% (cfr. doc. __, dati UFAS: il 7% di fr. 287.30 dà sempre un importo di fr. 20.20). La questione circa l'attendibilità dell'importo dedotto in caso di franchigia di fr. 400.-- e fr. 1'200 non merita tuttavia alcun approfondimento, poiché in concreto si tratta unicamente di stabilire se, vista la deduzione di fr. 20.20 in caso di copertura obbligatoria tramite la LAINF sia per il premio dovuto in caso di franchigia massima (fr. 1'500: scelto dalla ricorrente) che per il premio in caso di franchigia minima (fr. 230), nel caso di specie la ricorrente potrebbe beneficiare di una franchigia ridotta (ciò che tuttavia sarebbe in contrasto con la sopra citata sentenza del TFA pubblicata in RAMI 1998). 2.7. In concreto il premio di base ammonta a fr. 287.30. Come visto questo premio comprende sia il rischio malattia, che il rischio maternità e infortunio. Non vi sono tre premi diversi, ma unicamente una "quota" infortunio, dovuta alla possibilità di sospendere tale rischio nel caso di affiliazione obbligatoria all'assicurazione contro gli infortuni (cfr. art. 8 LAMal). Nel caso in cui un assicurato chiede al proprio assicuratore di poter beneficiare di una franchigia massima, egli può ottenere al massimo una riduzione del 40 % (dal 1.1.2004 del 30%). In concreto la convenuta ha optato per una riduzione del 36,8 % (cfr. dati UFAS, doc. __). Per cui la persona interessata deve pagare un premio di fr. 181.50 (287.30 - [287.30 : 100 x 36.8]). Ciò corrisponde al premio pagato dalla ricorrente. Ne discende che, conformemente a quanto prevedono gli art. 61 LAMal e 95 OAMal (cfr. consid. 2.2 e 2.3) l'interessata ha ottenuto una riduzione del 36,8% su tutto il premio (compresa la quota infortunio). Infatti, il premio lordo di fr. 287.30 dal quale viene dedotta la percentuale del 36.8% è inteso comprensivo sia del rischio malattia, che del rischio maternità e infortunio (cfr. RAMI 1998, pag. 56 segg.). Per cui, conformemente agli articoli sopra citati, la Cassa ha proceduto alla riduzione del premio secondo le norme attuariali. L'assicurata ha di conseguenza potuto beneficiare della riduzione proporzionale della "quota infortunio", grazie all'opzione della franchigia massima. Altra cosa è la sospensione della copertura per l'infortunio in caso di affiliazione obbligatoria alla LAINF. Questa riduzione, e ciò non concerne l'assicurata, non essendo obbligatoriamente assicurata tramite il proprio datore di lavoro, è prevista per coloro che a titolo obbligatorio sono assicurati tramite la LAINF. Il premio è ridotto in proporzione (cfr. art. 8 cpv. 1 LAMal). Ora, come emerge dalla tabella dell'UFAS, ai doc. __ e __ prodotti dalla ricorrente, tutti gli assicuratori deducono dal premio di base lordo (ossia compresa la quota infortuni) previsto per la franchigia minima, una percentuale che varia per ogni assicuratore (_____ aveva previsto una riduzione del 7% dal premio lordo di fr. 287.30). Questo importo va dedotto da ogni singolo premio previsto per le franchigie opzionali. In concreto l'assicuratore deduce il 7% di fr. 287.30, ossia fr. 20.20, sia all'assicurato, affiliato obbligatoriamente alla LAINF, che non sceglie alcuna franchigia opzionale, il quale paga fr. 267.10 al mese (287.30 - 20.20), che all'assicurato, affiliato obbligatoriamente alla LAINF, che sceglie la franchigia massima e paga fr. 181.50 (ossia il premio ridotto proporzionalmente del 36.8 %, anche per la quota infortunio), meno fr.

20.20, per un importo di fr. 161.30. Da rilevare che in questo modo colui che ha la franchigia minima (fr. 230) ha una riduzione effettiva del 7% rispetto al premio di base, colui che sceglie invece la franchigia massima (fr. 1'500) ha una riduzione percentualmente superiore. Infatti, sottrarre fr. 20.20 da fr. 181.50 significa beneficiare di una riduzione dell'11% circa (20.20/181.50), contro la riduzione del 7% per colui che opta per la franchigia minima di fr. 230 (20.20/287.30). In queste circostanze le censure della ricorrente circa una non corretta riduzione del premio infortunio e della possibilità di usufruire della franchigia di fr. 230, sono infondate. Non va poi dimenticato che i premi sono stati controllati ed avallati dall'UFAS, quale organo superiore di controllo (cfr. art. 92 OAMal). In simili condizioni la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso é respinto . 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. terzi implicati Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il

presidente
Cattaneo

Il segretario Daniele
Fabio Zocchetti

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