

TI_GERICHTE 36.2007.177 vom 18. Januar 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-01-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2007.177_d20080118

FR: TI_GERICHTE 36.2007.177 du 18 janvier 2008

IT: TI_GERICHTE 36.2007.177 del 18 gennaio 2008

Regeste

Donna in stato interessante ricoverata per problemi di salute (emicranie). Malattia e non ricovero per gravidanza. La franchigia é dovuta

Erwägungen

E. 21

luglio 2003 nella causa N., I 707/00). nel merito 3. Come evidenziato da questo Tribunale con sentenza del 1° febbraio 2007 in re CB (36.2007.175) già impugnata al Tribunale Federale delle Assicurazioni (dal 1 gennaio 2007 Tribunale Federale) e nel frattempo cresciuta in giudicato per il ritiro dell'impugnativa federale, sentenza poi ripresa nel giudizio 26 febbraio 2007 in re GC (36.2007.19), a norma dell'art. 1 cpv. 1 LAMal le disposizioni della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) sono applicabili all'assicurazione malattie, sempre che la LAMal non preveda espressamente una deroga alla LPGA. Per l'art. 3 cpv. 1 LPGA è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro. Il cpv. 2 prevede che sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta. Come richiamato nelle sentenze citate, e ricordato anche nel giudizio di cui all'inc. 36.2007.84 del 4 giugno 2007, giusta l'art. 5 LPGA la maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre. A norma dell'art. 29 cpv. 1 LAMal oltre i costi delle prestazioni in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume quelli delle prestazioni specifiche di maternità. Per il cpv. 2 queste comprendono: a. gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da un medico o da una levatrice o prescritti da un medico; b. il parto a domicilio, all'ospedale o in un istituto semiospedaliero, come pure l'assistenza del medico o della levatrice; c. la necessaria consulenza per l'allattamento; d. i costi delle cure e della degenza del neonato sano, finché soggiorna con la madre all'ospedale. Per l'art. 33 cpv. 1 LAMal il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni. L'art. 33 cpv. 2 LAMal prevede che il Consiglio federale definisce le prestazioni di cui all'articolo 25 capoverso 2 non effettuate da un medico o chiropratico e le prestazioni di cui agli articoli 26, 29 capoverso 2 lettere a e c e 31 capoverso 1. A norma dell'art. 33 cpv. 5 LAMal può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3. Il Consiglio federale, incaricato dell'esecuzione della LAMal (art. 96 LAMal), ha delegato la competenza al Dipartimento federale dell'interno (art. 33 lett. d OAMal), il quale ha emanato l'OPre. Le prestazioni specifiche di maternità a carico della LAMal, senza prelievo di franchigia, sono elencate agli art. da 13 a 16 dell'OPre. Per l'art. 13 OPre (esami di

controllo), in caso di maternità, l'assicurazione assume gli esami di controllo seguenti (art. 29 cpv. 2 lett. a LAMal): " a. Controlli 1. Sette esami in caso di gravidanza normale – Prima consultazione: anamnesi, esame clinico e vaginale e consigli, esame delle varici e degli edemi alle gambe. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie; per la levatrice secondo una designazione separata nell'elenco delle analisi. – Ulteriori consultazioni: controllo del peso, della pressione sanguigna, dello stato del fondo, uroscopia e ascoltazione dei toni cardiaci fetali. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie; per la levatrice secondo una designazione separata nell'elenco delle analisi. 2. In caso di gravidanza a rischio Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica b. Controlli agli ultrasuoni 1. In caso di gravidanza normale: un controllo tra la 10a e la 12a settimana di gravidanza; un controllo tra la 20a e la 23a settimana di gravidanza Dopo approfondito colloquio, con spiegazioni e consulenza, che dev'essere autenticato. I controlli possono essere effettuati solo da medici con relativa formazione complementare, comprendente nozioni a livello di comunicazione, e la necessaria esperienza per tali esami. Il numero 1 è valido sino al 31 dicembre 2007. 2. In caso di gravidanza a rischio Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica. Possono essere effettuati solo da medici con relativa formazione complementare e necessaria esperienza. c. Esami prenatali mediante cardiocografia in caso di gravidanza a rischio d. Amniocentesi, prelievo di villi coriali. Dopo approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che dev'essere autenticato nei casi seguenti: – donne a partire dai 35 anni d'età, – donne più giovani con rischio comparabile. Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA). e. Controllo post-partum un esame Tra la sesta e la decima settimana postpartum: anamnesi intermedia, esame clinico e ginecologico, consulenza compresa." Per la preparazione al parto le norme prevedono che l'assicurazione assume un contributo di 100 franchi per un corso di preparazione al parto, eseguito in gruppo e diretto dalla levatrice. La consulenza per l'allattamento è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice o da un infermiere con relativa formazione speciale. La remunerazione è limitata a tre sedute. L'Opre prevede poi, all'art. 16, le prestazioni delle levatrici. 4. Per 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; art. 64 cpv. 2 lett. a LAMal) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale; art. 64 cpv. 2 lett. b LAMal). L'art. 64 cpv. 7 LAMal prevede che per le prestazioni di maternità l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi. 5. Il tema qui controverso è quello relativo al confine esistente tra malattia e maternità, limite che la ricorrente implicitamente ritiene eccessivamente rigido e discriminante. Come noto alle parti (in questo senso le sentenze di questo Tribunale citate in precedenza) il prof. Kieser, nel suo commentario alla Legge sulla parte generale delle assicurazioni sociali: ATSG-Kommentar, Basilea-Zurigo-Ginevra 2003, n. 8 seg. ad art. 5, pag. 77 seg., a proposito della differenza tra maternità e malattia, afferma: " b) Auszugehen ist davon, dass die komplikationslos verlaufende Mutterschaft nicht als Krankheit betrachtet wird (vgl. BGE 112 V 304; Duc, Les assurances sociales, 95; Locher Grundriss, 78; Eugster, Krankenversicherung, 97, Fn. 205). Darunter fallen insbesondere: - Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft (vgl. 29 Abs. 2 lit. A KVG; BGE 97 V 194, 112 V 304 ff.); - alle medizinischen Massnahmen der Geburtshilfe (insbesondere auch Massnahmen bei Frühgeburt, Kaiserschnitt) (vgl. Art. 29 Abs. 2 lit. b KVG; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 435). c) Als Behandlung einer Krankheit zählen demgegenüber Vorkehren, die im Zusammenhang mit folgenden Sachverhalten stehen: - sämtliche interkurrenten Erkrankungen während einer Schwangerschaft, d.h. gesundheitliche Beeinträchtigungen,

die in keinem Zusammenhang mit der Mutterschaft stehen (vgl. BGE 107 V 101; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 343); - Schwangerschaftsabbruch (vgl. BGE 108 V 34; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 154); - gesundheitliche Störungen, die bei einer (zur Mutterschaftsbehandlungen zählenden) Kontrolluntersuchung festgestellt wurden (vgl. BGE 94 V 194); - Spitalpflege wegen Gefahr einer Früh- oder Fehlgeburt (vgl. Eugster, Krankenversicherung, Rz. 343); - Fehlgeburt (vgl. RKUV 1988 323; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 345, Fn. 847)." In una sentenza pubblicata in DTF 127 V 268, in merito alla questione di sapere se l'assicuratore poteva chiedere la partecipazione ai costi nel caso di complicazioni intervenute nel corso della gravidanza (art. 29 e 64 cpv. 7 LAMal), l'Alta Corte ha stabilito che la distinzione fra le prestazioni in caso di gravidanza normale e quelle in caso di gravidanza a rischio è compatibile con la ratio legis dell'ordinamento che prevede l'esonero dalla partecipazione alle spese per prestazioni in caso di maternità. In n'altra sentenza del 16 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004 pag. 383, il TFA ha stabilito che le misure mediche applicate in relazione a un aborto spontaneo non sono escluse dalla partecipazione ai costi. Una soluzione differente deve essere voluta dal legislatore e non può essere decisa mediante l'evoluzione giudiziaria del diritto vigente. In questa sentenza, al consid. 6, il TFA ha rammentato che " Es ist dazu vorweg festzuhalten, dass die Behandlung von gesundheitlichen Störungen, die während einer Schwangerschaft auftreten, keine besondere Leistung bei Mutterschaft darstellt, auch wenn die gesundheitliche Störung durch die Schwangerschaft begünstigt ist (BGE 127 V 268 , 97 V 193 Erw. 2, RSKV 1972 Nr. 117 S. 21, nicht veröffentlichtes Urteil H. vom 14. Oktober 2002, K 14/01). Die in Art. 29 Abs. 2 KVG aufgeführten Leistungen verlieren andererseits ihren Charakter als besondere Leistungen bei Mutterschaft nicht, wenn sie im Rahmen einer Risikoschwangerschaft bzw. einer Schwangerschaft mit Komplikationen erbracht werden (BGE 127 V 268 Erw. 3b letzter Satz) ." Il 6 ottobre 2005 (n. 05.3589) la consigliera nazionale Chantal Galladé (assieme alle colleghe di altri partiti Brigitte Häberli-Koller e Franziska Teuscher) ha presentato una mozione (05.3589, 05.3590 e 05.3592) avente per oggetto il tema in discussione. Come rammentato nelle sentenze citate l'atto parlamentare è stato così motivato: " L'articolo 64 capoverso 7 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) deve essere formulato nel modo seguente. Per le prestazioni di maternità l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi. Sono considerate prestazioni in caso di maternità: a. le prestazioni garantite in caso di malattia; b. le prestazioni specifiche elencate all'articolo 29 capoverso 2. Motivazione Esonerando le future madri dalla partecipazione ai costi per la gravidanza e il parto, il vecchio diritto voleva sgravarle sul piano dei costi e garantire così alle famiglie una protezione a livello finanziario. In questo modo s'intendeva proteggere le donne e i nati. Dall'entrata in vigore della LAMal la situazione giuridica non è più la stessa. Le donne che hanno una gravidanza a rischio devono partecipare ai relativi costi, mentre le donne con una gravidanza senza complicazioni sono esonerate da qualsiasi partecipazione ai costi. Questo è stato confermato dal Tribunale federale delle assicurazioni in diverse sentenze diventate giurisprudenza. Le donne per esempio devono partecipare ai costi legati a un trattamento (ricovero, prescrizione di medicinali ecc.) volto a prevenire un parto prematuro. Un altro esempio: le donne che perdono il loro bambino a causa di un aborto spontaneo durante i primi 180 giorni di gravidanza (i primi sette mesi) devono assumere una parte dei costi nonostante la nuova LAMal precisi che "per le prestazioni di maternità l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi." Gli esempi citati mostrano chiaramente che l'attuale prassi "punisce" le donne che durante la gravidanza hanno complicazioni a loro

non imputabili. Questo effetto della LAMal, imprevedibile e non voluto dal legislatore, va corretto.” Il Consiglio federale il 9 dicembre 2005 ha proposto di accogliere la 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 capoverso 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 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 capoverso 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.” La Commissione della Sicurezza sociale del Consiglio degli Stati ha approvato il 2 luglio 2007 la mozione. L'accoglimento comunque non si è ancora trasformato, purtroppo, in una concreta modifica della LAMal. Resta quindi vigente la normativa indicata con la severa giurisprudenza federale che l'ha sin qui interpretata in maniera decisamente restrittiva. Ancora in una recente sentenza del 3 novembre 2006 nella causa M., K 101/06, il TFA ha confermato la sua giurisprudenza accogliendo il ricorso di una Cassa malati che ha chiesto ad un'assicurata il pagamento di fr. 162.60 per il medicamento Rhophylac, destinato alla profilassi prenatale in caso di possibile incompatibilità del fattore rhesus tra mamma e bambino. L'Alta Corte, a proposito della citata DTF 127 V 268, ha in particolare sottolineato che: " Il ressort de cette jurisprudence que les prestations en cas de maternité pour lesquelles une participation ne peut pas être exigée sont les prestations prévues à l'art. 29 al. 2 LAMal. Les prestations médicales en cas de complications survenues pendant la grossesse ne sont pas considérées comme des prestations de maternité mais, comme des prestations en cas de maladie qui ne bénéficient pas du privilège de l'art. 64 al. 7 LAMal (voir ATF 127 V 273 consid. 3b, ainsi que l'arrêt H. du 14 octobre 2002 [K 14/01], à propos d'un traitement médicamenteux). 4. 4.1 L'injection administrée à l'intimée est un traitement préventif permettant de neutraliser les anticorps maternels dirigés contre les érythrocytes de l'enfant en cas d'incompatibilité des groupes sanguins rhesus de la mère et de l'enfant. Ce type de traitement ne fait pas partie des prestations en cas de maternité énumérées à l'art. 29 al. 2 LAMal. En outre, il ne s'agit pas d'un examen de contrôle (art. 29 al. 2 let. a LAMal en corrélation avec l'art. 13 OPAS). On est en présence d'une mesure thérapeutique qui donne lieu à participation aux coûts. Il n'est pas décisif, à cet égard, que la nécessité du traitement soit apparue à l'occasion d'un examen de contrôle (ATF 97 V 193). 4.2 Les premiers juges s'appuient sur l'avis de Gebhard Eugster, selon lequel le privilège de l'art. 64 al. 7 LAMal viserait également les prestations énumérées à l'art. 29 al. 1 LAMal, dans la mesure où il s'agit de soins médicaux liés aux risques typiques de la grossesse (Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 1998, p. 187 sv., ch. 344). Cette question a toutefois été tranchée entre temps de manière négative dans l'arrêt ATF 127 V 268. La juridiction cantonale se prévaut également de la critique de cet arrêt par Ueli Kieser (Leistungen der Krankenversicherung bei Mutterschaft - Kostenbeteiligung der

Mutter, PJA 2002 p. 581 sv.). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral des assurances a cependant répondu clairement à cette critique, en rappelant en particulier que rien dans les travaux préparatoires de la LAMal ne permettait de considérer que le législateur ait voulu modifier le régime antérieur en matière de participation aux coûts en cas de maternité (RAMA 2004 n. KV 300 p. 387 sv. consid. 6).” 6. Il caso ticinese deciso con sentenza del 1° febbraio 2007 si riferiva ad un raschiamento per ritenzione placentaria. L’assicurata ritenendo come nella definizione di maternità dovessero rientrare il concetto di gravidanza, parto e successiva convalescenza insisteva nel ritenere che detto raschiamento, indubbiamente strettamente connesso alla gravidanza, dovesse essere preso a carico dall’assicuratore nell’ambito della maternità e quindi senza percezione di franchigia. Il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, a fronte della giurisprudenza federale consolidata, ha dovuto respingere la richiesta dell’assicurata che ha dapprima impugnato la sentenza al TF per poi desistere dal suo intendimento. Per questo Tribunale infatti il TFA, anche nella sua più recente giurisprudenza, ha ribadito che le prestazioni in caso di maternità per le quali una partecipazione non può essere pretesa, sono unicamente quelle previste dall’art. 29 cpv. 2 LAMal. Le prestazioni effettuate in caso di complicazioni durante la gravidanza non sono considerate come prestazioni di maternità ma come prestazioni di malattia che non beneficiano del privilegio dell’art. 64 cpv. 7 LAMal (STFA del 3 novembre 2006, K 101/06). In quella fattispecie la censura della ricorrente, secondo la quale nella definizione di malattia rientrano tutti quegli avvenimenti che prescindono dalla gravidanza o dal parto, è stata respinta sulla base della recente sentenza del TFA (K 101/06). L’Alta Corte ha infatti espressamente rifiutato l’assunzione di un medicamento necessario proprio per evitare rischi legati alla gravidanza (incompatibilità tra il fattore reshus della madre e il fattore reshus del bambino), poiché non si trattava di una prestazione prevista dall’art. 29 cpv. 2 LAMal. Nella sentenza del 26 febbraio 2007 (36.2007.19) era invece questione di un ricovero in Ospedale della gestante, senza l’esecuzione di cure particolari, finalizzato a permettere la maturazione polmonare dei gemelli che la signora portava in grembo. Anche in quel caso questa Corte, sulla scorta della giurisprudenza federale chiara, aveva dovuto negare la possibilità di cure mediche e costi di ospedalizzazione esenti dalla percezione di una franchigia in virtù del fatto che le complicazioni che sorgono in corso di gravidanza rientrano, per il TF, nell’accezione di malattia. 7. Nel caso in discussione il ricovero in Ospedale é stato deciso dal curante Dott. _____ a titolo precauzionale in assenza di sintomi di natura ostetrica. Già questo accertamento sarebbe di per sé sufficiente per dovere ammettere il ricovero a ragione di malattia soggetto alla percezione della franchigia. Pur nella consapevolezza della ristretta interpretazione che il TF fa del concetto di maternità e degli intenti del Parlamento federale, intenti che sono ancora allo stato della discussione e non ancora concretizzati in norme legali sottoposte a referendum facoltativo. In quest’ottica il giudice deve attenersi alla legge e non può scostarsene. A conferma della natura del ricovero vi è poi il certificato medico del dott. _____ secondo cui – come riportato dall’assicuratore nella sua decisione su opposizione – “ nel corso dell’ultima di tre visite (... settembre 2006) era presente un quadro clinico compatibile con una diagnosi d’emicrania con aura (Aura tipica con cefalea emicranica ...) La signora ... lamentava infatti episodi di cefalea d’intensità disabilitante, a carattere pulsante, con foto e teicopsie, e in assenza di segni indicativi di patologia neurologica sottostante, pregressa in atto” la gravidanza costituendo un ulteriore elemento clinico di tale diagnosi per sua stessa natura. Anche questa attestazione del dott. _____ non fa che confermare che il ricovero ospedaliero è stato dettato da ragioni in sé riconducibili ad uno stato patologico estraneo

alla gravidanza. Il legislatore ha elencato in maniera vincolante, nell'art. 29 cpv. 2 LAMal, le prestazioni di maternità non soggette a prelievo di franchigia e partecipazione ai costi. In particolare mentre il parto e le misure mediche necessarie in quell'occasione (ad es. taglio cesareo), sono comprese nella prestazioni di maternità (cfr. Kieser, op. cit., n. 8 seg. ad art. 5, pag. 77 seg.), altri interventi, in specie effettuati successivamente, ne sono esclusi. Trattandosi di una norma contenuta in una legge federale, né le autorità giudiziarie, né le autorità amministrative possono esaminarne la costituzionalità (art. 191 Cost. fed.; cfr. STFA del 1. luglio 2003 nella causa C., H 29/02, consid. 3.3; cfr. DTF 126 I 5 consid. 2e), come rilevato in precedenza quindi – nonostante i moti tendenti alla modifica delle norme che reggono la materia – il giudice deve attenersi alle stesse ed applicarle alla luce della giurisprudenza federale. Alla luce di quanto sopra esposto, la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto per quanto attiene alla franchigia richiesta dall'assicuratore alla ricorrente. L'importo di CHF 1'493,80 calcolato correttamente dalla resistente appare giustificato e dovuto. 8. CO 1, con la decisione impugnata, ha pure chiesto il versamento di premi rimasti scoperti. Si tratta dei premi relativi ai mesi di aprile, maggio e giugno 2007 per un importo dovuto di CHF 174.-- mensili (solo per l'assicurazione obbligatoria) oltre CHF 30.-- quali spese amministrative di diffida che RI 1 non contesta come tali. La ricorrente, nella sua impugnativa, non discute il mancato pagamento dei premi e delle relative spese amministrative reclamate dall'assicuratore. Complessivamente il credito dell'assicuratore assommava a CHF 2'015,80 oltre ai CHF 30.-- per le spese rammentati (come dalla documentazione prodotta con la risposta di causa). Da questo importo è stato successivamente dedotto il versamento di CHF 348.-- eseguito il 27 giugno 2007 per un dovuto di CHF 1'667,80. Pur non contestando specificatamente le richieste riferite ai premi l'assicurata conclude chiedendo l'accoglimento della sua impugnativa con l'accertamento che CO 1 non può chiedere il rimborso dei CHF 1'667,80 “ in quanto la causa del ricovero non era da ricomprendersi nella franchigia” . La ricorrente contesta di dovere, pur confondendo la natura del credito vantato dall'assicuratore, la somma di CHF 1'667,80. Come detto la cifra di CHF 1'493,80 è dovuta quale franchigia per il ricovero del novembre 2006. La signora RI 1 non contesta l'importo del premio per l'anno in questione, comprovato adeguatamente dall'amministrazione mediante la produzione della polizza, e non contesta di essere stata debitrice della somma richiesta di 3 mesi mensili avendo poi versato, comunque in ritardo, 2 mensilità di premi il 27 giugno 2007. Resta quindi da esaminare se è dovuto il premio di un mese pari a CHF 174.--. Va infatti rammentato come: · che giusta 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 (cpv. 3). · che l'art. 90 cpv. 1 OAMal prevede che di regola i premi devono essere pagati mensilmente. · che 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); · da notare che, nel

frattempo, le norme sono cambiate nella loro formulazione e nelle conseguenze della mora del debitore. Si veda la LF 18 marzo 2005 in vigore dal 1° gennaio 2006 (RU 2005 3587; FF 2004 3869) con cui è stata introdotta nella LAMal la sezione 3a e l'art. 64a LAMal con le severe conseguenze previste (sospensione). Pure l'ordinanza (OAMal) ha subito importanti modifiche, da ultimo con novità entrate in vigore il 1° agosto 2007. Delle novità legislative - come indicato anche per l'art. 64 a LAMal citato per completezza - non viene tenuto conto in questa sede, le norme citate vanno intese nel tenore vigente al momento della realizzazione del complesso di fatti che ha dato origine al contenzioso; Come indicato quindi gli importi relativi ai premi, qui al premio rimasto non pagato, sono dovuti per legge e RI 1 non contesta di dovere quanto richiesto dall'assicuratore. La somma di CHF 174.-- è quindi dovuta. CO 1 chiede anche il versamento di CHF 30.-- quali spese di partecipazione. Anche in questo caso la spesa non è contestata specificatamente e sarebbe apparentemente giustificata alla luce delle diffide inoltrate dall'assicuratore. CO 1 però è stata confusa nella sua decisione formale, dove chiede addirittura CHF 1'767,80. Con l'ordinanza di intimazione del 22 novembre 2007 all'assicuratore è stata chiesta, a conferma dei dettami di legge, la produzione dell'"incarto completo". CO 1 avrebbe dovuto, ciò alla luce dell'art. 105b OAMal in relazione alle disposizioni finali del 27 giugno 2007 dell'OAMal stessa, produrre le Condizioni d'assicurazione che la vincolano all'assicurata e dalle quali dovrebbe essere desumibile la possibilità del carico di suddetta spesa (ed a quali condizioni). L'assicuratore era già stato informato debitamente di queste necessità (comunque note per legge) come desumibile dalla sentenza 3 ottobre 2007 inc. 36.2007.147 in re A.. Ne discende che i CHF 30.-- non possono essere caricati alla signora RI 1 cui non possono neppure essere richiesti interessi a partire dal 16 giugno 2007 ossia antecedentemente l'entrata in vigore dell'art. 105 a OAMal in assenza della produzione delle condizioni d'assicurazione che precisino le condizioni alle quali è sottoposta la percezione di interessi. Nella sentenza 3 ottobre 2007 che qui si richiama, nota ad CO 1, il tema era stato adeguatamente sviluppato. Alla luce di quanto precede, visto come l'assicuratore chieda il versamento di CHF 1'767,80 il ricorso va solo parzialmente accolto e la ricorrente condannata a versare ad CO 1 la somma di CHF 1'667,80 per premi e partecipazioni dovuti. Per questo importo va rigettata l'opposizione interposta al PE _____ del 7 agosto 2007 dell'UE di _____. Alla luce di quanto precede RI 1 è parzialmente vincente in causa. 9. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore la Legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore. A proposito della materia qui in causa (cause di diritto pubblico), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia di diritto pubblico (art. 82 lett. a LTF; cfr. anche l'art. 83 LTF che elenca i casi di inammissibilità del ricorso in materia di diritto pubblico). Per l'art. 86 cpv. 1 lett. d LTF il ricorso è ammissibile contro le decisioni delle autorità cantonali di ultima istanza, sempreché non sia ammissibile il ricorso al Tribunale amministrativo federale. L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione

del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso in materia di diritto pubblico, è aperta la via del ricorso in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF con il ricorso in materia costituzionale può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito di quest'ultimo ricorso, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, Bernard Corboz, introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

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