

TI_GERICHTE 36.2008.86 vom 3. September 2008

TI Tribunale d'appello, 2008-09-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2008.86

FR: TI_GERICHTE 36.2008.86 du 3 septembre 2008

IT: TI_GERICHTE 36.2008.86 del 3 settembre 2008

Regeste

Assunzione dei costi per cure dentarie in relazione con un infortunio avvenuto prima dell'entrata in vigore della LAMal (il 1° gennaio 1996). Esame delle competenze dei vari assicuratori sulla base della giurisprudenza federale

Erwägungen

E. 32

cpv. 1 LAMal). Per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, gli assicuratori non possono assumere altri costi oltre quelli delle prestazioni ai sensi degli art. 25-33 LAMal. Per l'art. 1a cpv. 2 lett. b LAMal l'assicurazione sociale malattie accorda prestazioni in caso di infortunio (art. 4 LPGa), per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni. 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) 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 300 franchi per anno civile dal 1° gennaio 2004 (cfr. RU 2003 3249). L'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 cpv. 2 lett. b della legge ammonta a 700 franchi per gli assicurati adulti e a 350 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 500, 1000, 1500, 2000 e 2500 franchi per gli adulti e i giovani adulti, a 100, 200, 300, 400, 500 e 600 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni. Un assicuratore può offrire franchigie diverse per gli adulti e i giovani adulti. Le offerte dell'assicuratore devono essere valide in tutto il Cantone. 3. Nel Titolo 7, capitolo 2 della LAMal, relativo alle disposizioni transitorie, l'art. 102 LAMal regola i rapporti previgenti d'assicurazione. L'art. 102 cpv. 4 LAMal prevede che i contratti stipulati secondo il previgente diritto con assicuratori che non fossero casse malati riconosciute per rischi coperti dall'assicurazione obbligatoria per le spese medico-sanitarie e secondo la presente legge, decadono all'entrata in vigore di quest'ultima. I premi pagati per il periodo posteriore all'entrata in vigore della presente legge devono essere restituiti. Le prestazioni assicurative per infortuni occorsi prima dell'entrata in vigore della presente legge sono concesse secondo i precedenti contratti. A norma dell'art. 103 cpv. 1 LAMal le prestazioni assicurative per cure effettuate prima dell'entrata in vigore della presente legge sono concesse secondo il diritto previgente.

Per l'art. 110 OAMal (nel tenore in vigore dal 1° luglio 2005), ove, in caso d'assicurazione, prestazioni dell'assicurazione malattie concorrano con prestazioni di uguale natura dell'assicurazione infortuni secondo la LAINF, dell'assicurazione militare, dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti, dell'assicurazione per l'invalidità o della legge federale del 25 settembre 1952 sull'indennità di perdita di guadagno per chi presta servizio o in caso di maternità, le prestazioni di queste altre assicurazioni sono poziori. E' fatto salvo l'articolo 128 dell'ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni. Sulla base dell'art. 102 cpv. 4 LAMal l'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale), ha emesso alcune sentenze inerenti il diritto transitorio nel caso di cure dentarie consecutive ad un infortunio accaduto prima dell'entrata in vigore della LAMal. Dall'esame delle sentenze emerge che se nessun assicuratore sociale è tenuto ad intervenire prioritariamente secondo l'art. 110 OAMal né un altro assicuratore è obbligato ad intervenire in applicazione dell'art. 102 cpv. 4 LAMal, ultima frase, spetta all'assicuratore contro le malattie presso il quale la persona interessata è affiliata al momento della cura, coprire le spese dell'intervento. In particolare, nelle sentenze K 140/00 del 16 marzo 2001 e K 187/00 del 23 aprile 2001, citate dalla ricorrente, si trattava di stabilire se le cure, effettuate dopo l'entrata in vigore della LAMal, di infortuni occorsi ad assicurati che al momento dell'evento frequentavano una scuola e, in quanto studenti, erano coperti per il tramite dell'assicurazione scolastica, erano a carico dell'assicuratore contro le malattie presso il quale erano assicurati al momento della cura. L'alta Corte ha stabilito che, in applicazione dell'art. 102 cpv. 4 ultima frase LAMal, nei due precisi casi di specie la Cassa malati attuale non è tenuta ad assumersi i costi delle cure. Nella prima sentenza (K 140/00), l'allora TFA ha affermato: " 2.- Unbestritten ist, dass vor Inkrafttreten des KVG die Beschwerdeführerin als Unfallversicherung für den aus dem Unfall vom 24. Dezember 1993 resultierenden Zahnschaden leistungspflichtig war. Ob sich daran durch das Inkrafttreten des KVG per 1. Januar 1996 etwas geändert hat, ist anhand des Übergangsrechts zu prüfen. Die Übergangsbestimmung in Art. 102 KVG bezieht sich auf bestehende Versicherungsverhältnisse. Art. 102 Abs. 4 KVG regelt Verschiedenes: In den ersten beiden Sätzen legt er das Verhältnis zwischen bisherigen Versicherungsverträgen mit andern Versicherern als anerkannten Krankenkassen einerseits und Versicherungsverhältnissen mit anerkannten Krankenkassen nach neuem Recht andererseits fest. Dabei geht es darum, ob und wie weit die ersteren Versicherungsverträge noch Bestand haben oder aber aufgehoben werden. Der dritte Satz stellt klassisches Intertemporalrecht dar. Geregelt wird die Frage, welches Versicherungsverhältnis für einen Unfall gilt, der sich vor Inkrafttreten des KVG ereignet hat. Dieser dritte Satz enthält zwei Aussagen, nämlich erstens, dass für solche Unfälle das bestehende Versicherungsverhältnis mit Inkrafttreten des KVG nicht wegfällt ("sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren") und zweitens, dass der Krankenversicherer nach KVG dafür nicht einzustehen hat. Das bedeutet, dass sich der "andere" Versicherer (in casu die "Zürich") nicht auf das neue KVG und die darin vorgesehene Leistungspflicht des Krankenversicherers für Unfälle berufen kann. Auch das Behandlungsprinzip, mit welchem die Beschwerdeführer argumentieren, greift vorliegend nicht, weil sich die Leistungspflicht ausdrücklich nach dem Zeitpunkt des Unfallereignisses richtet. Die Beschwerdegegnerin als Krankenversicherung hat demzufolge die Kosten für die definitive Versorgung des aus dem Unfall vom 24. Dezember 1993 resultierenden Zahnschadens nicht zu übernehmen." (sottolineature del redattore) L'Alta Corte ha ribadito il concetto con la seconda sentenza (K 187/00), affermando: " a) Die Übergangsbestimmung in Art. 102 KVG bezieht sich auf bestehende

Versicherungsverhältnisse. Art. 102 Abs. 4 KVG regelt Verschiedenes: In den ersten beiden Sätzen legt er das Verhältnis zwischen bisherigen Versicherungsverträgen mit andern Versicherern als anerkannten Krankenkassen einerseits und Versicherungsverhältnissen mit anerkannten Krankenkassen nach neuem Recht andererseits fest. Dabei geht es darum, ob und wie weit die ersteren Versicherungsverträge noch Bestand haben oder aber aufgehoben werden. Beide Sätze betreffen im Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG laufende "Versicherungsverträge mit andern Versicherern als anerkannten Krankenkassen für Risiken, die nach diesem Gesetz aus der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt werden". Dies geht einerseits bereits aus dem Ausdruck "Versicherungsverträge" hervor, andererseits aber vor allem aus dem zweiten Satz von Art. 102 Abs. 4 KVG, wonach über den Zeitpunkt des Dahinfallens des Vertrages bezahlte Prämien zurückzuerstatten sind. Im vorliegenden Fall sind solche Versicherungsverträge, die ein während des Vertragslaufes eintretendes Risiko decken, namentlich die Schülerunfallversicherung, längst dahingefallen. Es handelt sich somit nicht um einen laufenden Versicherungsvertrag. Dies spielt rechtlich indessen keine Rolle, da unerheblich ist, ob die geschädigte Person, die gegen den andern Versicherer Leistungsansprüche aus einem früheren Unfall hat, mit diesem noch in einem laufenden Versicherungsverhältnis steht, sondern vielmehr entscheidend ist, ob sie Leistungsansprüche besitzt. Ob solche Leistungsansprüche bestehen, bestimmt sich - wie es in Art. 102 Abs. 4 dritter Satz KVG heisst "nach den bisherigen Verträgen". Dieser dritte Satz stellt klassisches Intertemporalrecht dar. Geregelt wird die Frage, welches Versicherungsverhältnis für einen Unfall gilt, der sich vor Inkrafttreten des KVG ereignet hat. Der Satz enthält zwei Aussagen, nämlich erstens, dass für solche Unfälle das bestehende Versicherungsverhältnis mit Inkrafttreten des KVG nicht wegfällt ("sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren") und zweitens, dass der Krankenversicherer nach KVG dafür nicht einzustehen hat. Das bedeutet, dass sich der "andere" Versicherer nicht auf das neue KVG und die darin vorgesehene Leistungspflicht des Krankenversicherers für Unfälle berufen kann (nicht veröffentlichtes Urteil B. vom 16. März 2001, K 140/00). b) Das Behandlungsprinzip, mit welchem der Beschwerdegegner argumentiert, greift vorliegend nicht, weil sich die Leistungspflicht ausdrücklich nach dem Zeitpunkt des Unfallereignisses richtet. Der Bezug des Beschwerdegegners und der Vorinstanz auf den Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz von Gebhard Eugster (in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, S. 83 Rz 165 und 166) hilft diesbezüglich nicht weiter, da dort die Übernahme der Behandlungskosten für Spätfolgen und Rückfälle von Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten des KVG ereignet haben, durch denjenigen Versicherer, der die Krankenpflegeversicherung der betroffenen versicherten Person im Zeitpunkt der Behandlung führt, nur erwähnt ist für Unfälle, für die kein Sozialversicherer und insbesondere kein Versicherer nach Art. 102 Abs. 4 letzter Satz KVG einzustehen hat. c) Eine Leistungspflicht des Krankenversicherers kann schliesslich auch nicht aus der allgemeinen Bestimmung des Art. 1 Abs. 2 lit. b KVG herausgelesen werden, da die Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen verschiedenen Versicherern für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten des KVG ereignet haben, durch eine Sonderbestimmung, eben durch Art. 102 Abs. 4 letzter Satz KVG, geregelt ist. d) Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin als Krankenversicherung die Kosten für die Behandlung des aus dem Unfall von 1965 resultierenden Zahnschadens nicht zu übernehmen hat.“ (sottolineature del redattore) Con la sentenza K 69/02 del 21 luglio 2004, pubblicata in SVR 2005, KV Nr. 12, pag. 41 e seguenti, l'allora TFA ha stabilito che secondo il sistema della LAMal deve garantire le proprie prestazioni l'assicuratore presso il

quale esiste la copertura al momento del trattamento; è irrilevante il momento in cui è insorta la malattia, rispettivamente, l'infortunio (consid. 3.2). Nel caso giudicato dall'Alta Corte, l'assicurata, al momento dell'infortunio, " était assurée auprès de l'assurance scolaire, à _____; quant au conducteur responsable, il était assuré en responsabilité civile auprès de la _____ " (cfr. consid. B.). Va ancora rilevato che " le Service des assurances de l'Etat de _____ a indiqué que l'assurance scolaire n'était pas un assureur social au sens strict du terme et qu'avant l'entrée en vigueur de la LAMal, les frais dentaires résultant d'un accident étaient couverts, jusqu'à concurrence de 20'000 fr., pendant une durée de 3 ans. Après cette période, les parents devaient faire une demande pour obtenir un complément de 1'000 fr. pour des traitements futurs, par dents endommagée ". L'alta Corte ha affermato: " 3. 3.1 Selon l'art. 1er al. 2 aLAMal, l'assurance-maladie sociale couvre non seulement la maladie (let. a), mais aussi l'accident (let. b) et la maternité (let. c). En particulier, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal (art. 31 al. 2 LAMal). Les accidents ne sont toutefois couverts que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une assurance-accidents, qu'elle soit obligatoire ou privée. Dans ce domaine, l'assurance-maladie sociale remplit ainsi à la fois un rôle subsidiaire et complémentaire : subsidiaire quand elle a pour tâche de combler dans ce domaine des lacunes d'assurances en raison de sa fonction supplétive; complémentaire lorsqu'elle peut être amenée à prendre en charge des frais non couverts ou couverts partiellement par une assurance-accidents (cf. message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, in : FF 1992 I 123; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 162 sv.). 3.2 En matière d'application du droit dans le temps se pose la question des frais de traitement pour les séquelles tardives ou les rechutes d'accidents qui se sont produits avant l'entrée en vigueur de la LAMal le 1er janvier 1996, lorsque ni un assureur social tenu prioritairement selon l'art. 110 OAMal, ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, LAMal n'ont à en répondre. Selon le système de la loi et les buts fixés par le législateur, c'est normalement à l'assurance-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement qu'il incombe d'allouer ses prestations. Cette règle découle au demeurant de la disposition de l'art. 103 al. 1 LAMal qui se réfère à la date du traitement et non pas, par exemple, à celle de l'événement assuré ou de l'envoi de la facture. En matière d'assurance-maladie, en effet, la date de la survenance de la maladie ou de sa première apparition n'est pas décisive pour déterminer l'obligation d'allouer des prestations. Etant donné l'art. 28 LAMal qui met sur un pied d'égalité les prestations en cas de maladie et d'accidents, on doit en déduire que lorsque les conditions de l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal sont données, il en va de même de la prise en charge par l'assureur-maladie, tenu au moment du traitement, des soins pour les suites tardives ou la rechute d'un accident. Comme l'art. 31 al. 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1er al. 2 let. b aLAMal, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de l'assureur-maladie d'allouer des prestations (ATF 126 V 321 consid. 4a; RAMA 1998 no KV 33 p. 284 consid. 2). 4. 4.1 En l'espèce, ni un assureur social tenu prioritairement selon l'art. 110 OAMal ni un autre assureur tenu en vertu de l'art. 102 al. 4, dernière phrase, LAMal n'ont à allouer des prestations pour le traitement dentaire envisagé. Aussi est-ce à la recourante, en sa qualité d'assureur-maladie de l'intimée au moment dudit traitement, qu'il incombe de rembourser

les frais de celui-ci, pour autant que les lésions dentaires nécessitant le traitement constituent des séquelles tardives de l'accident du 8 juillet 1972 (cf. ATF 126 V 322 consid. 4b)". (sottolineature del redattore) 4. Come emerge in particolare dalla sentenza K 187/00, l'art. 102 cpv. 4 LAMal, nelle prime due frasi regola il rapporto tra i contratti assicurativi in vigore al momento dell'entrata in vigore della LAMal, conclusi con assicuratori che non erano casse malati riconosciute da una parte e i rapporti assicurativi con le casse malati riconosciute secondo il nuovo diritto dall'altra (" Art. 102 Abs. 4 KVG regelt Verschiedenes: In den ersten beiden Sätzen legt er das Verhältnis zwischen bisherigen Versicherungsverträgen mit andern Versicherern als anerkannten Krankenkassen einerseits und Versicherungsverhältnissen mit anerkannten Krankenkassen nach neuem Recht andererseits fest. Dabei geht es darum, ob und wie weit die ersteren Versicherungsverträge noch Bestand haben oder aber aufgehoben werden. "). Tuttavia decisivo per stabilire quale assicuratore deve pagare le prestazioni per un intervento dovuto ad un infortunio accaduto prima dell'entrata in vigore della LAMal è sapere se la persona assicurata ha ancora dei diritti contro l'altro assicuratore". Questo si determina secondo l'art. 102 cpv. 4 terza frase LAMal (" Dies spielt rechtlich indessen keine Rolle, da unerheblich ist, ob die geschädigte Person, die gegen den andern Versicherer Leistungsansprüche aus einem früheren Unfall hat, mit diesem noch in einem laufenden Versicherungsverhältnis steht, sondern vielmehr entscheidend ist, ob sie Leistungsansprüche besitzt. Ob solche Leistungsansprüche bestehen, bestimmt sich - wie es in Art. 102 Abs. 4 dritter Satz KVG heisst "nach den bisherigen Verträgen ", sottolineature del redattore). L'art. 102 cpv. 4 LAMal si riferisce, in generale, ai rapporti assicurativi con gli "altri" assicuratori, ossia quelli che non sono casse malati riconosciute (il TF parla sempre di "andere Versicherer": "Dieser dritte Satz stellt klassisches Intertemporalrecht dar. Geregelt wird die Frage, welches Versicherungsverhältnis für einen Unfall gilt, der sich vor Inkrafttreten des KVG ereignet hat. Der Satz enthält zwei Aussagen, nämlich erstens, dass für solche Unfälle das bestehende Versicherungsverhältnis mit Inkrafttreten des KVG nicht wegfällt ("sind jedoch nach den bisherigen Verträgen zu gewähren") und zweitens, dass der Krankenversicherer nach KVG dafür nicht einzustehen hat. Das bedeutet, dass sich der "andere" Versicherer nicht auf das neue KVG und die darin vorgesehene Leistungspflicht des Krankenversicherers für Unfälle berufen kann (nicht veröffentlichtes Urteil B. vom 16. März 2001, K 140/00, "sottolineatura del redattore). L'Alta Corte ha ancora evidenziato come il principio della garanzia della cura da parte dell'assicuratore presso il quale la persona è assicurata al momento della cura, vale solo se non può intervenire nessun assicuratore ai sensi dell'art. 102 cpv. 4 ultima frase LAMal o nessun assicuratore "sociale" ai sensi dell'art. 110 OAMal (" Der Bezug des Beschwerdegegners und der Vorinstanz auf den Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz von Gebhard Eugster (in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Krankenversicherung, S. 83 Rz 165 und 166) hilft diesbezüglich nicht weiter, da dort die Übernahme der Behandlungskosten für Spätfolgen und Rückfälle von Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten des KVG ereignet haben, durch denjenigen Versicherer, der die Krankenpflegeversicherung der betroffenen versicherten Person im Zeitpunkt der Behandlung führt, nur erwähnt ist für Unfälle, für die kein Sozialversicherer und insbesondere kein Versicherer nach Art. 102 Abs. 4 letzter Satz KVG einzustehen hat. ", sottolineature del redattore). Va ancora rilevato che prima dell'entrata in vigore della LAMal, le assicurazioni complementari, così come l'assicurazione di base, erano rette dalla LAMI e i principi generali del diritto delle assicurazioni sociali erano applicabili anche alle assicurazioni complementari (Brulhart,

Quelques remarques relatives au droit applicable aux assurances complémentaires dans le nouveau régime de la LAMal, in *Recueil de travaux en l'honneur de la société suisse de droit des assurances*, Losanna 1997, pag. 741; Maurer, *Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung*, op. cit., pag. 709: “ Nach bisherigem Recht war die von den Krankenkassen angebotene Zusatzversicherung eng mit den Pflichtleistungen verbunden. Sie gehörte zum Sozialversicherungsrecht. Zuständig für die Beurteilung von Streitigkeiten waren die Sozialversicherungsgerichte,..”; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, Losanna 1995, pag. 129-130). Con l'entrata in vigore della LAMal la situazione giuridica è stata radicalmente modificata, nel senso che dal 1° gennaio 1996 l'assicurazione di base è retta dal diritto pubblico (in particolare la LAMal), mentre le assicurazioni complementari sono soggette alla LCA, ossia al diritto privato (art. 12. cpv. 3 LAMal; Duc, op. cit., pag. 128). 5. In concreto è pacifico che nel 1988 l'insorgente, al momento dell'infortunio, era assicurata per il tramite di un'assicurazione per spese di cure dentarie conseguenti ad infortunio presso la CO 1, ossia una cassa malati riconosciuta ai sensi dell'allora LAMI (cfr. anche art. 2 cpv. 1 degli Statuti e regolamenti della CO 1, edizione gennaio 1989, il cui testo era valido dal 1.7.1983; cfr. doc. 29, pag. 8), alla quale era sottoposta, e che la CO 1, presso la quale è (ed era al momento dell'intervento nel 2006) affiliata è un assicuratore sociale riconosciuto ai sensi dell'art. 13 cpv. 1 LAMal. In queste condizioni, alla luce della citata giurisprudenza e della situazione giuridica esistente prima dell'entrata in vigore della LAMal, rilevato che la CO 1 non è “ un altro assicuratore ” ai sensi dell'art. 102 cpv. 4 LAMal, ossia una cassa malati non riconosciuta per i rischi coperti dall'assicurazione obbligatoria, e che nessun altro assicuratore sociale è tenuto ad intervenire in virtù dell'art. 110 OAMal, è a giusta ragione che l'attuale Cassa malati ha deciso di rimborsare i costi dell'intervento eseguito nel 2006 applicando franchigia e partecipazione ai costi in vigore quell'anno (SVR 2005 KV Nr. 12 pag. 41). Come indicato dall'assicuratore in sede di risposta, e contrariamente a quanto affermato inizialmente con la decisione su opposizione, le prestazioni assicurative sono dovute dalla convenuta non in quanto nel 1988 esisteva una copertura assicurativa, bensì perché nessun altro assicuratore è tenuto, nel caso di specie, ad intervenire. L'affermazione della ricorrente secondo la quale se avesse cambiato, o cambiasse in futuro, assicuratore malattia, la convenuta non potrebbe neppure conoscere la franchigia da lei scelta, è infondata. Infatti, in tal caso, a coprire i costi dell'eventuale intervento sarebbe chiamato il nuovo assicuratore sociale secondo la copertura in vigore al momento della cura. In queste condizioni l'applicazione della franchigia e dell'aliquota percentuale all'importo di fr. 1'863.80 per l'intervento subito nel 2006 è corretta. A questo proposito va rilevato che, contrariamente a quanto sembra emergere dalla risposta di causa, il calcolo della franchigia e dell'aliquota percentuale effettuato dall'assicuratore non è, di per sé, contestato (cfr. doc. I pag. 3: “ Con detto conteggio essa ha messo a carico della signora RI 1 una partecipazione ai costi di fr. 581.75, composta del resto che nell'anno 2006 non risultava ancora pagato dalla ricorrente a titolo di franchigia e dell'aliquota del 10%. Seppure di transenna, si rivela sin d'ora che, in base alle regole [erroneamente] applicate dalla CO 1, sarebbe stato possibile porre a carico della ricorrente quasi l'intero onere per i costi di cura nel 2006 relativi all'infortunio del 1988. In effetti sarebbe bastato che la ricorrente non avesse già pagato di propria tasca prestazioni relative a cure che nulla avevano a che vedere con i denti e che erano state [correttamente] computate nella franchigia di quell'anno. ”). Comunque, come emerge dal calcolo figurante al consid. 3.7 della risposta, l'importo a carico dell'assicurata è stato fissato correttamente. Infatti nel 2006 l'interessata aveva una franchigia di fr. 1'500 e l'assicuratore le aveva già

fatturato un ammontare di fr. 1'060.70. Per cui sull'importo di fr. 1'863.80 per la cura prestata, va prelevata una franchigia di fr. 439.30 (1'500 – 1'060.70) e l'aliquota del 10% sull'importo restante di fr. 1'424.50 (1'863.80 – 439.30), ossia fr. 142.45 (cfr. anche doc. 14 e 15), per complessivi fr. 581.75. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 6. Con il ricorso l'insorgente accenna, genericamente, all'assunzione di ulteriori prove (documenti, testimoni, richiamo documenti e ogni altra consentita, cfr. doc. I). Questo Tribunale ritiene che gli atti prodotti dalle parti siano sufficienti per stabilire l'obbligo assicurativo e l'entità del rimborso da parte della Cassa convenuta, per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

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